

Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)

GOP

Ausfertigungsdatum: 08.06.2000

Vollzitat:

"Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), die durch § 5 Satz 3 der Verordnung vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721) geändert worden ist"

Stand: Geändert durch § 5 Satz 3 V v. 18.10.2001 | 2721

Fußnote

(+++ Textnachweis ab: 24.6.2000 +++)

Eingangsformel

Auf Grund des § 9 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen nach Absatz 1 sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind. § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte gilt mit der Maßgabe, dass psychotherapeutische Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können.

§ 2

(weggefallen)

§ 3

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Schlussformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

GOÄ

Ausfertigungsdatum: 12.11.1982

Vollzitat:

"Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 9.2.1996 I 210;
zuletzt geändert durch Art. 17 G v. 4.12.2001 I 3320

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 31.12.1983 +++)

(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr nicht mehr anzuwenden gem. Art. 109 Nr. 3
Buchst. g DBuchst. ff G v. 8.12.2010 I 1864 mWv 15.12.2010 +++)

Inhaltsübersicht

§ 1	Anwendungsbereich
§ 2	Abweichende Vereinbarung
§ 3	Vergütungen
§ 4	Gebühren
§ 5	Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
§ 5a	Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen
§ 5b	Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung
§ 6	Gebühren für andere Leistungen
§ 6a	Gebühren bei stationärer Behandlung
§ 7	Entschädigungen
§ 8	Wegegeld
§ 9	Reiseentschädigung
§ 10	Ersatz von Auslagen
§ 11	Zahlung durch öffentliche Leistungsträger
§ 12	Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
§ 13	(weggefallen)
§ 14	Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage)*)

§ 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 § 5a 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 Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

§ 3 Vergütungen

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

§ 4 Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.

(2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
2. Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
3. Leistungen nach den Nummern 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 bis 5 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 Pfennigs 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 Nummer 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.

§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

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

§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes 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.

§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 von Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.

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

§ 7 Entschädigungen

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

§ 8 Wegegeld

(1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von 1.

- bis zu zwei Kilometern 7,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 14,- Deutsche Mark,
- 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 13,- Deutsche Mark, bei Nacht 20,- Deutsche Mark,
- 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 20,- Deutsche Mark, bei Nacht 30,- Deutsche Mark,
- 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 30,- Deutsche Mark, bei Nacht 50,- Deutsche Mark.

(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 Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9 Reiseentschädigung

(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

- 1. 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
- 2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,- Deutsche Mark, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,- Deutsche Mark je Tag,
- 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

(3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 10 Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

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

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

§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.

(2) Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,

2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,- Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

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

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer 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.

§ 13

(weggefallen)

§ 14

(Inkrafttreten und Übergangsvorschrift)

Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

(Fundstelle: Anlageband zu BGBl. I 1996, Nr. 10, S. 3 - 157)

Nummer	Übersicht	Seite
A.	Gebühren in besonderen Fällen	5
1 bis 107 B.	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	5
1 bis 15	I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen	5
A bis K 1	II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8	7
20 bis 34	III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen	8
45 bis 62	IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz	10
E bis K 2	V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62	12
70 bis 96	VI. Berichte, Briefe	13
100 bis 107	VII. Todesfeststellung	14

Nummer		Übersicht	Seite
200 bis 449	C.	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	14
200 bis 247	I.	Anlegen von Verbänden	14
250 bis 298	II.	Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen	16
300 bis 321	III.	Punktionen	19
340 bis 374	IV.	Kontrastmitteleinbringungen	20
375 bis 399	V.	Impfungen und Testungen	21
401 bis 424	VI.	Sonographische Leistungen	22
427 bis 437	VII.	Intensivmedizinische und sonstige Leistungen	24
440 bis 449	VIII.	Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen	25
450 bis 498	D.	Anästhesieleistungen	27
500 bis 569	E.	Physikalisch-medizinische Leistungen	29
500 bis 501	I.	Inhalationen	29
505 bis 518	II.	Krankengymnastik und Übungsbehandlungen	29
520 bis 527	III.	Massagen	30
530 bis 533	IV.	Hydrotherapie und Packungen	30
535 bis 539	V.	Wärmebehandlung	30
548 bis 558	VI.	Elektrotherapie	30
560 bis 569	VII.	Lichttherapie	31
600 bis 793	F.	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie	31
800 bis 887	G.	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	40
1001 bis 1168	H.	Geburtshilfe und Gynäkologie	43
1200 bis 1386	I.	Augenheilkunde	48
1400 bis 1639	J.	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	54
1700 bis 1860	K.	Urologie	61
2000 bis 3321	L.	Chirurgie, Orthopädie	67
2000 bis 2010 *)	I.	Wundversorgung, Fremdkörperentfernung	67
2029 bis 2093	II.	Extremitätenchirurgie	68
2100 bis 2196	III.	Gelenkchirurgie	70
2203 bis 2241	IV.	Gelenkluxationen	73
2250 bis 2297	V.	Knochenchirurgie	75
2320 bis 2358	VI.	Frakturbehandlung	77
2380 bis 2454	VII.	Chirurgie der Körperoberfläche	79
2500 bis 2604	VIII.	Neurochirurgie	81
2620 bis 2732	IX.	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	84
2750 bis 2760	X.	Halschirurgie	87

Nummer		Übersicht	Seite
2800 bis 2921	XI.	Gefäßchirurgie	87
2950 bis 3013	XII.	Thoraxchirurgie	90
3050 bis 3097	XIII.	Herzchirurgie	91
3120 bis 3241	XIV.	Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie	93
3280 bis 3288	XV.	Hernienchirurgie	96
3300 bis 3321	XVI.	Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen	97
3500 bis 4787	M.	Laboratoriumsuntersuchungen	98
3500 bis 3532	I.	Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis	99
3541 bis 3621 *)	II.	Basislabor	100
3630 bis 4469 *)	III.	Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen	103
4500 bis 4787	IV.	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern	129
4800 bis 4873	N.	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	138
4800 bis 4816	I.	Histologie	138
4850 bis 4860	II.	Zytologie	138
4870 bis 4873	III.	Zytogenetik	139
5000 bis 5855	O.	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	139
5000 bis 5380	I.	Strahlendiagnostik	139
5400 bis 5607	II.	Nuklearmedizin	148
5700 bis 5735	III.	Magnetresonanztomographie	153
5800 bis 5855	IV.	Strahlentherapie	154
6000 bis 6018	P.	Sektionsleistungen	157

A. Gebühren in besonderen Fällen

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nummern 2 und 56 in Abschnitt B, Nummern 250, 250a, 402 und 403 in Abschnitt C, Nummern 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, Nummern 855 bis 857 in Abschnitt G, Nummern 1001 und 1002 in Abschnitt H, Nummern 1255 bis 1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268 bis 1270 in Abschnitt I, Nummern 1401, 1403 bis 1406, 1558 bis 1560 in Abschnitt J, Nummern 4850 bis 4873 in Abschnitt N.

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in DM
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher -	80	9,12
2	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes	30	3,42
	Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.		
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher -	150	17,10
	Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.		
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) - im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken -	220	25,08
	Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.		
	Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.		
5	Symptombezogene Untersuchung	80	9,12
	Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.		
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation -	100	11,40

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in DM
	<p>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystem nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds; - bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs; - bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus; - bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden; - bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen. <p>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p>		
7	<p>Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation -</p> <p>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel; - bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe; - bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung; - bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; - bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs. <p>Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p>	160	18,24
8	<p>Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation</p>	260	29,64

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in DM
	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 Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.		
11	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	60	6,84
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.	300	34,20

II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen 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.	70	7,98
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	20,52
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.	320	36,48
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen 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.	220	25,08
K 1	Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,68

III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen

20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)	120	13,68
----	---	-----	-------

	Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.		
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	41,04
	Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.		
	Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.		
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch -	300	34,20
	Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach Nummer 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.		
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins - einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung -	300	34,20
	Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.		
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf -einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken -	200	22,80
	Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.		
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) -	200	22,80
	Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		
26	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) -	450	51,30
	Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		
27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung -	320	36,48
	Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.		

28	<p>Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung -</p> <p>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</p>	280	31,92
29	<p>Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen - einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p>	440	50,16
30	<p>Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathischindividuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung -einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen -</p> <p>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</p>	900	102,60
31	<p>Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens - einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</p>	450	51,30
32	<p>Untersuchung nach den §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung - einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung -; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)</p>	400	45,60
33	<p>Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.</p>	300	34,20

Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.

- | | | | |
|----|--|-----|-------|
| 34 | Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen - | 300 | 34,20 |
| | Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. | | |
| | Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig. | | |

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

- | | | | |
|----|--|-----|-------|
| 45 | Visite im Krankenhaus | 70 | 7,98 |
| | Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. | | |
| | Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. | | |
| | Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. | | |
| | Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden. | | |
| | Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird. | | |
| 46 | Zweitvisite im Krankenhaus | 50 | 5,70 |
| | Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. | | |
| | Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. | | |
| | Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. | | |
| | 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 Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird. | | |
| 48 | Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten - | 120 | 13,68 |
| | Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. | | |
| 50 | Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung | 320 | 36,48 |

	Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.		
	Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.		
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 - einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung -	250	28,50
	Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.		
	Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.		
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z.B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)	100	11,40
	Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
	Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.		
	Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.		
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme -	500	57,--
	Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.		
56	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen -wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde	180	20,52
	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.		
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	13,68
	Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.		
	Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.		
	Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).		
61	Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde	130	14,82

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

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

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

62	Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	17,10
----	--	-----	-------

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

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

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

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

E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung	160	18,24
	Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.		
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	260	29,64
	Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.		
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	450	51,30
	Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.		
	Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.		
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	340	38,76
	Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.		
	Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.		
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	9,12
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,68

VI. Berichte, Briefe

70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	4,56
----	---	----	------

75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	14,82
	Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.		
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	7,98
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	17,10
	Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.		
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	20,52
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	34,20
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand -gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung -, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	57,--
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	13,68
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	6,84
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,34
	Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		

VII. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmung

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

100	Untersuchung eines Toten - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauheines -	250	28,50
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	17,10
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	28,50
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	26,22
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	25,08

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmungen

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

200	Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -	45	5,13
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband - ausgenommen Nabelverband -	65	7,41

204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	10,83
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	7,98
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband	100	11,40
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	3,42
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z.B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	150	17,10
210	Kleiner Schienenverband - auch als Notverband bei Frakturen -	75	8,55
211	Kleiner Schienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	60	6,84
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als Notverband bei Frakturen -	160	18,24
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	100	11,40
214	Abduktionsschienenverband - auch mit Stärke- oder Gipsfixation -	240	27,36
217	Streckverband	230	26,22
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	75,24
225	Gipsfingerling	70	7,98
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	34,20
228	Gipsschienenverband oder Gipspantoffel	190	21,66
229	Gipsschienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	130	14,82
230	Zirkulärer Gipsverband - gegebenenfalls als Gipstutor -	300	34,20
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	360	41,04
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	49,02
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -	750	85,50
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	107,16
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	42,18
238	Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	200	22,80
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	85,50
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	940	107,16
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	12,54
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbands	150	17,10
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	12,54

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

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.

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

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

250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	4,56
250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	4,56
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	6,84
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	4,56
253	Injektion, intravenös	70	7,98
254	Injektion, intraarteriell	80	9,12
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	10,83
256	Injektion in den Periduralraum	185	21,09
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	45,60
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial -ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	180	20,52
259	Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	600	68,40
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation -	200	22,80
	Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.		
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	3,42
	Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidotem.		
	Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.		
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	51,30
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	10,26
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	13,68
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	6,84
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	10,26

266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	6,84
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	9,12
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	14,82
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	22,80
269a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	39,90
	Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.		
270	Infusion, subkutan	80	9,12
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	13,68
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	20,52
273	Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	20,52
	Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.		
	Werden die Leistungen nach Nummer 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.		
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung -	320	36,48
	Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.		
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	41,04
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	61,56
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	20,52
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	27,36
279	Infusion in das Knochenmark	180	20,52
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargennummer -	330	37,62
	Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.		
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	450	51,30

	Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.		
282	Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 280 oder 281 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	150	17,10
	Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.		
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters -	500	57,--
284	Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme -	90	10,26
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband -	110	12,54
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) -	220	25,08
286a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) -	100	11,40
287	Blutaustauschtransfusion (z.B. bei schwerster Intoxikation)	800	91,20
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung -	230	26,22
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 Grad C bis +6 Grad C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 Grad C oder darunter -	350	39,90
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	13,68
291	Implantation von Hormonpreßlingen	70	7,98
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung -	45	5,13
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung -	40	4,56
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmungen

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 eines Gelenks	120	13,68
-----	------------------------	-----	-------

301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	18,24
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	28,50
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	9,12
304	Punktion der Augenhöhle	160	18,24
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	350	39,90
305a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	28,50
306	Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge -oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	500	57,--
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	28,50
308	Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion -	350	39,90
310	Punktion des Herzbeutels	350	39,90
311	Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	200	22,80
312	Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -	300	34,20
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	13,68
315	Punktion eines Organs (z.B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	28,50
316	Punktion des Douglasraums	250	28,50
317	Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	350	39,90
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	13,68
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	22,80
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Installation -	50	5,70

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.

340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	45,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	11,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	14,82
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	34,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	150	17,10
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	17,10
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	57,--

	Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig		
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) -einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	600	68,40
	Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig. Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		
356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	400	45,60
	Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig		
	Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta - einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	500	57,--
	Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig		
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.	1000	114,--
	Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.		
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes - im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 -	600	68,40
	Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig		
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	45,60
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	45,60
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ -	200	22,80
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	31,92
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	28,50
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	17,10

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
 2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
 3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpfaß nicht berechnungsfähig.
 4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
 5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.
- | | | | |
|-----|--|-----|-------|
| 375 | Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpfaß - | 80 | 9,12 |
| 376 | Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch - | 80 | 9,12 |
| 377 | Zusatzinjektion bei Parallelimpfung | 50 | 5,70 |
| 378 | Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) | 120 | 13,68 |
| 380 | Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) | 30 | 3,42 |
| 381 | Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall) | 20 | 2,28 |
| 382 | Epikutantest, je Text (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) | 15 | 1,71 |
| | Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. | | |
| 383 | Kutane Testung (z.B. von Pirquet, Moro) | 30 | 3,42 |
| 384 | Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests) | 40 | 4,56 |
| 385 | Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall) | 45 | 5,13 |
| 386 | Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall) | 30 | 3,42 |
| 387 | Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) | 20 | 2,28 |
| | Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig | | |
| 388 | Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall) | 35 | 3,99 |
| 389 | Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test | 25 | 2,85 |
| 390 | Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall) | 60 | 6,84 |
| 391 | Intrakutantest, jeder weitere Test | 40 | 4,56 |
| | Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig | | |
| 393 | Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzeloder Gruppenextrakt, je Test | 100 | 11,40 |
| 394 | Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag | 300 | 34,20 |
| 395 | Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test | 280 | 31,92 |
| 396 | Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag | 560 | 63,84 |

397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	43,32
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	86,64
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	200	22,80

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung - Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.	400	45,60
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.	250	28,50
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.	150	17,10
404	Zuschlag zu doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - einschließlich graphischer oder Bilddokumentation - Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.	250	28,50
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler -	200	22,80

406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	200	22,80
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	22,80
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.	200	22,80
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge - gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung -	300	34,20
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	23,94
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten -	210	23,94
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.	80	9,12
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -	200	22,80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation -einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -	500	57,--
424	Zweidimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation -einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)	700	79,80

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	150	17,10
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.	220	25,08
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation -	400	45,60
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	45,60
431	Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig. Elektrokardioskopie im Notfall	100	11,40

433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	140	15,96
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung - einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist -, bis zu 24 Stunden Dauer	900	102,60
	Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.		
	Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.		
	Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.		
437	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer	500	57,--
	Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M - mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) - nicht berechnungsfähig.		

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.
2. Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
 - nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
 - nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
 - nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,

- nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
- nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K,
- oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L

zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.
5. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach Nummer 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen	400	45,60
	Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung		
	Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132 Deutsche Mark.		
	Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	45,60
	Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.		

443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	85,50
	Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.		
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	148,20
	Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.		
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	250,80
	Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.		
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind	300	34,20
	Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.		
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind	650	74,10
	Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.		
448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/ oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	600	68,40
	Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.		
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	900	102,60
	Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.		

D. Anästhesieleistungen

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

450	Rauschnarkose - auch mit Lachgas -	76	8,66
451	Intravenöse Kurznarkose	121	13,79
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	21,66
453	Vollnarkose	210	23,94
460	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflationsnarkose -, bis zu einer Stunde	404	46,06
461	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflationsnarkose -, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	23,03
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	58,14
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	39,67
469	Kaudalanästhesie	250	28,50
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	400	45,60
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer	600	68,40
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer	800	91,20
473	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer	600	68,40
474	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer	900	102,60
475	Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag	450	51,30
476	Einleitung und Überwachung einer supraclavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	380	43,32
477	Überwachung einer supraclavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	21,66
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	230	26,22
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	13,11
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	222	25,31
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose	475	54,15
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig	46	5,24
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	46	5,24

485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	46	5,24
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	46	5,24
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens -	145	16,53
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	61	6,95
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie -	121	13,79
493	Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst -	61	6,95
494	Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusnästhesie -	121	13,79
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	13,79
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	220	25,08
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	300	34,20

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Inhalationen

500	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -	38	4,33
501	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z.B. Bird-Respirator)	86	9,80

Neben der Leistung nach Nummer 501 sind die Leistungen nach den Nummern 500 und 505 nicht berechnungsfähig.

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

505	Atmungsbehandlung - einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen -	85	9,69
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	120	13,68
507	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	80	9,12
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	12,54
509	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	38	4,33
510	Übungsbehandlung auch mit Anwendung mediko-mechanischer Apparate, je Sitzung	70	7,98
	Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.		
514	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	105	11,97
515	Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	38	4,33
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	65	7,41
518	Prothesengebrauchsschulung des Patienten -gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson -, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	13,68

III. Massagen

520	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	45	5,13
521	Großmassage (z.B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung	65	7,41
523	Massage im extramuskulären Bereich (z.B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	65	7,41
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	35	3,99
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	55	6,27
527	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	94	10,72
IV. Hydrotherapie und Packungen			
530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	35	3,99
531	Leitung eines ansteigenden Teilbades	46	5,24
532	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	76	8,66
533	Subaquales Darmbad	150	17,10
V. Wärmebehandlung			
535	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z.B. Kopf oder Arm)	33	3,76
536	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z.B. Rumpf oder Beine)	51	5,81
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	4,56
539	Ultraschallbehandlung	44	5,02
VI. Elektrotherapie			
548	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	37	4,22
549	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	55	6,27
551	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden -	48	5,47
	Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nummer 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.		
552	Iontophorese	44	5,02
553	Vierzellenbad	46	5,24
554	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	91	10,37
555	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	120	13,68
558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	13,68
VII. Lichttherapie			
560	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	31	3,53

Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.

561	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	31	3,53
562	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	46	5,24
	Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
563	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	46	5,24
564	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	91	10,37
565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	13,68
566	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	500	57,--
567	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	91	10,37
569	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	3,42

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	73	8,32
601	Hyperventilationsprüfung	44	5,02
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) -gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -	152	17,33
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung -	90	10,26
	Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.		
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung -	160	18,24
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.		
605	Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	242	27,59
605a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -	140	15,96
606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhe-spirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie -	379	43,21
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	242	27,59
608	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung (z.B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	76	8,66
609	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	182	20,75
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		

610	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) - gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung -	605	68,97
	Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.		
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters -	605	68,97
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen . Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	757	86,30
	Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.		
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	150	17,10
615	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	227	25,88
616	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung	303	34,54
	Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.		
617	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	341	38,87
620	Rheographische Untersuchung der Extremitäten	152	17,33
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	127	14,48
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	20,75
623	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z.B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen	140	15,96
	Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.		
624	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung	330	37,62
	Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.		
626	Rechtsherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -	1000	114,--
	Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -	1500	171,--

	Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	800	91,20
	Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus -einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -	2000	228,--
	Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle -	908	103,51
	Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle -	1110	126,54
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle -	1210	137,94
	Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
634	Lichtreflex-Rheographie	120	13,68
635	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	227	25,88
636	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z.B. mit Temperaturreizen)	379	43,21
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung -	227	25,88

638	Punktuelle Arterien - und/oder Venenpulsschreibung	121	13,79
639	Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographische Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes)	454	51,76
640	Phlebodynamometrie	650	74,10
641	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung	413	47,08
642	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	63,16
643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	120	13,68
644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	180	20,52
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnersorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	650	74,10
646	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisierung sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	605	68,97
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -	220	25,08
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, -einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle -	605	68,97
649	Transkranielle, doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung -	650	74,10
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG -	152	17,33
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)	253	28,84
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung -	445	50,73
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege	253	28,84
	Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	150	17,10
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	152	17,33
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	1820	207,48
657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	28,84

659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	400	45,60
660	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen - einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung -	303	34,54
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - gegebenenfalls mit Magnettest -	530	60,42
665	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur ohne Kohlensäurebestimmung	121	13,79
666	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur mit Kohlensäurebestimmung	227	25,88
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	212	24,17
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	120	13,68
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit -	120	13,68
672	Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert -	120	13,68
674	Anlage eines Pneumothorax - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	370	42,18
675	Pneumothoraxfüllung - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	275	31,35
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	800	91,20
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	600	68,40
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) -gegebenenfalls einschließlich Lavage -	900	102,60
679	Mediastinoskopie - gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion -	1100	125,40
680	Ösophagoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	550	62,70
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Fremdkörperentfernung) -gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	825	94,05
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	850	96,90
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente -gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1000	114,--
684	Bulboskopie - gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	1200	136,80
685	Duodeno-/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	1350	153,90

686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1500	171,--
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1500	171,--
688	Partielle Koloskopie - gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	900	102,60
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	700	79,80
690	Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	350	39,90
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1400	159,60
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung	1900	216,60
692a	Plazierung einer Drainage in den Gallenoder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach Nummer 685, 686 oder 692 -	400	45,60
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus - einschließlich Sondeneinführung -	300	34,20
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	500	57,--
695	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689 -	400	45,60
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 -	200	22,80
697	Saugbiopsie des Dünndarms - gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion -	400	45,60
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	200	22,80
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	120	13,68
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie -gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	800	91,20
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1050	119,70
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	500	57,--
705	Proktoskopie	152	17,33
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	68,40
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	180	20,52

715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes	220	25,08
	Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.		
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z.B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	69	7,87
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z.B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	110	12,54
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung	251	28,61
	Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.		
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	251	28,61
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung - gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson -, Dauer mindestens 45 Minuten	300	34,20
	Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.		
726	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen - einschließlich aller dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmer Schlaf - als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	300	34,20
	Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.		
	Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.		
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	8,09
741	Verschörfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	76	8,66
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z.B. Hirsutismus), je Sitzung	165	18,81
743	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	75	8,55
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	9,12
745	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	46	5,24
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	46	5,24

747	Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	44	5,02
748	Hautdrainage	76	8,66
750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	120	13,68
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion -	150	17,10
755	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	240	27,36
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen	121	13,79
757	Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	150	17,10
758	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	75	8,55
759	Bestimmung der Alkalinisationszeit	76	8,66
760	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	121	13,79
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau -	76	8,66
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	130	14,82
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - gegebenenfalls einschließlich Naht -	148	16,87
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	190	21,66
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	280	31,92
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung	225	25,65
768	Ätzung im Enddarmbereich als selbständige Leistung	50	5,70
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	140	15,96
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	242	27,59
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	8,66
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	275	31,35
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Sitzung	330	37,62
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	55	6,27
790	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse	500	57,--
791	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse	320	36,48
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung	440	50,16

793	<p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag</p> <p>Der Leistungsinhalt der Nummern 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.</p> <p>Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.</p> <p>Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 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.</p>	115	13,11
G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie			
800	<p>Eingehende neurologische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</p>	195	22,23
801	<p>Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</p>	250	28,50
804	<p>Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -</p>	150	17,10
806	<p>Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation - gegebenenfalls unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten -, Mindestdauer 20 Minuten</p>	250	28,50
807	<p>Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen</p> <p>Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</p>	400	45,60
808	<p>Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie - einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten -</p>	400	45,60
812	<p>Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch</p>	500	57,--
816	<p>Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen -</p>	180	20,52

817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	180	20,52
825	Genauere Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung	83	9,46
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.	99	11,29
827	Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen -	605	68,97
827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	950	108,30
828	Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)	605	68,97
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	160	18,24
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen	80	9,12
831	Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z.B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen -	80	9,12
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	158	18,01
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen - Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.	285	32,49
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	64	7,30
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	21,66
837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	31,12
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	550	62,70
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit	700	79,80
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	700	79,80
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.	500	57,--
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	150	17,10
846	Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	150	17,10

847	Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	5,13
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	230	26,22
855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	722	82,31
856	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	361	41,15
	Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.		
857	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests), insgesamt	116	13,22
	Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.		
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen	920	104,88
	Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.		
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	78,66
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	39,33
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	78,66
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	39,33
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	345	39,33
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -	750	85,50
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	17,10
	Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.		
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	500	57,--

886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	700	79,80
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	200	22,80

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 Nummer 3135 zu kürzen.

1001	Tokographische Untersuchung	120	13,68
1002	Externe kardiotokographische Untersuchung	200	22,80
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie -	379	43,21
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.		
1010	Amnioskopie	148	16,87
1011	Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme -	266	30,32
1012	Blutentnahme beim Fetus	74	8,44
1013	Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -	178	20,29
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -	296	33,74
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - gegebenenfalls einschließlich Eipollösung -	148	16,87
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	266	30,32
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	1300	148,20
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	554	63,16
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	832	94,85
1027	Entbindung durch Zange	832	94,85
1028	Äußere Wendung	370	42,18
1029	Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion -	1110	126,54
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	42,18
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.		
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	1950	222,30
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	2310	263,34
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	2030	231,42
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	2770	315,78

1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage -	350	39,90
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament	824	93,94
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	554	63,16
1043	Naht des Gebärmutterhalses - einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses -	620	70,68
1044	Naht der weichen Geburtswege - auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung - und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses	420	47,88
	Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.		
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades)	924	105,34
	Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.		
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft	2310	263,34
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes -	296	33,74
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	296	33,74
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	21,09
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff	739	84,25
1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals -	800	91,20
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals -	1200	136,80
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.		
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion	924	105,34
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	185	21,09
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	20,29
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	240	27,36
1070	Kolposkopie	73	8,32
1075	Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen -	45	5,13
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	106	12,08
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung	59	6,73
1082	Ausstopfung der Gebärmutter - gegebenenfalls einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung	178	20,29
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	70	7,98

1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	118	13,45
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung	296	33,74
1086	Konisation der Portio	296	33,74
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	6,27
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	10,60
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	463	52,78
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	52	5,93
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	106	12,08
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	5,93
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	2310	263,34
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	148	16,87
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - gegebenenfalls einschließlich Naht -	296	33,74
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	33,74
1099	Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra	647	73,76
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	148	16,87
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen -	185	21,09
1104	Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses - gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen -	647	73,76
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten -	180	20,52
1110	Hysteroskopie	444	50,62
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en)	739	84,25
1112	Tubendurchblasung	296	33,74
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung	420	47,88
1114	Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens -	370	42,18
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses - auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina -	647	73,76
1121	Operation eines alten vollkommenen Dammrisses	1660	189,24
	Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.		
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses	739	84,25
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide	2770	315,78
1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	2270	258,78
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	3700	421,80

1125	Vordere Scheidenplastik	924	105,34
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	147,06
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	189,24
1128	Scheiden- und Portioplastik - gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z.B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik -	2220	253,08
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z.B. nach Shirodkar)	739	84,25
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation	379	43,21
1135	Zervixamputation	554	63,16
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbständige Leistung	379	43,21
1137	Vaginale Myomenukleation	1290	147,06
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	2770	315,78
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	3330	379,62
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	37,96
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z.B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)	554	63,16
1145	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	189,24
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	253,08
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	1480	168,72
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z.B. Implantation, Anastomose), einseitig	2500	285,--
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z.B. Implantation, Anastomose), beidseitig	3500	399,--
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	800	91,20
1156	Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1050	119,70
1158	Kuldoskopie - auch mit operativen Eingriffen -	739	84,25
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile - auch Vulvektomie -	1660	189,24
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z.B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)	2770	315,78
1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	168,72
1162	Abdominale Myomenukleation	1850	210,90

1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen - gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik -	2770	315,78
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	3140	357,96
1166	Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	4620	526,68
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	4900	558,60
1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	672,60

I. Augenheilkunde

1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	6,73
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	89	10,15
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	74	8,44
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	60	6,84
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	45	5,13
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	70	7,98
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z.B. Schirmer-Test) Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	20	2,28
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	228	25,99
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	300	34,20
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gegebenenfalls Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	132	15,05
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontaktlinsen (Haftschalen) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie - Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig. Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.	198	22,57
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	121	13,79
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus - gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	91	10,37
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	27,59

Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.

1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	700	79,80
1225	Kampimetrie (z.B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster -	121	13,79
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	182	20,75
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	248	28,27
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z.B. Farbtafeln)	61	6,95
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	20,75
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	55,18
	Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.		
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	91	10,37
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	91	10,37
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	91	10,37
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	600	68,40
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z.B. Hruby-Linse) -	74	8,44
1241	Gonioskopie	152	17,33
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z.B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung -	152	17,33
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	6,95
1244	Exophthalmometrie	50	5,70
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes -	242	27,59
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes -	484	55,18
	Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.		
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	273	31,12
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	273	31,12
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotografie	100	11,40
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotografie	150	17,10
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	70	7,98
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	100	11,40

1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes -	242	27,59
1259	Pupillographie	242	27,59
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	63,84
1262	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, erste Messung	242	27,59
1263	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung	152	17,33
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	152	17,33
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z.B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten	152	17,33
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	6,16
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	46	5,24
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	37	4,22
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	74	8,44
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	152	17,33
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	278	31,69
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	11,40
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels -	1290	147,06
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern	2220	253,08
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	152	17,33
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung	554	63,16
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung	924	105,34
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand	1480	168,72
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherner Gerüst	1500	171,--
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z.B. nach Fraktur)	1850	210,90
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone	278	31,69
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	74	8,44

1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	130	14,82
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	152	17,33
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals	132	15,05
1299	Tränensackexstirpation	554	63,16
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung	1220	139,08
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse	463	52,78
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus	924	105,34
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	26,22
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis	924	105,34
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)	739	84,25
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung	1110	126,54
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	168,72
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung	1110	126,54
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	1850	210,90
1313	Abreiben, Skarifizieren oder chemische Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	3,42
1318	Ausrollen oder Ausquetschen der Übergangsfalte	74	8,44
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Transplantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel -	1850	210,90
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	5,93
1321	Operation des Flügelfells	296	33,74
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	189,24
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	7,64
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde	230	26,22
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung -	1110	126,54
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse	1850	210,90
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	3230	368,22
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	84,25
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330	554	63,16
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	126,54

1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332	739	84,25
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	6,38
1339	Abschabung der Hornhaut	148	16,87
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z.B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung	185	21,09
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	37,96
1345	Hornhautplastik	1660	189,24
1346	Hornhauttransplantation	2770	315,78
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese)	3030	345,42
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars	832	94,85
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - gegebenenfalls mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile -	1850	210,90
1350	Staroperation - gegebenenfalls mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik	2370	270,18
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	315,78
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung	1800	205,20
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	94,85
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	253,08
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars	1110	126,54
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung	370	42,18
1357	Hintere Sklerotomie	370	42,18
1358	Zyklodialyse, Iridektomie	1000	114,--
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation	500	57,--
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)	1000	114,--
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom	1850	210,90
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	345,42
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung	924	105,34
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	126,54
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen	2220	253,08
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	345,42
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	1850	210,90
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	105,34
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	147,06
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	210,90
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	126,54

1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -	3050	347,70
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	399,--
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	168,72
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe	280	31,92
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	228,--
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	2770	315,78
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom	2500	285,--
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung	2500	285,--
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung	830	94,62
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	147,06

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1400	Genaue Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	76	8,66
1401	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	60	6,84
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) - auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung -	158	18,01
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)	158	18,01
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.		
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	63	7,18
1406	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen - gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung -	182	20,75
	Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.		
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z.B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	182	20,75
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	101,23

1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	45,60
	Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.		
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	91	10,37
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	30,21
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	42	4,79
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	91	10,37
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	13,79
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	11,40
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums - gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder -	180	20,52
	Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.		
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	50	5,70
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	100	11,40
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	95	10,83
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase	370	42,18
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	8,66
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision	119	13,57
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	91	10,37
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	36	4,10
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel	370	42,18
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	42,18
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	130	14,82
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	33,74
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand	463	52,78
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste	739	84,25
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen	1660	189,24
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen	2370	270,18

1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	421,80
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	843,60
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	91,20
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	125,40
1455	Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation	550	62,70
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	26,45
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	42,18
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	147,06
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	8,44
1465	Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -	119	13,57
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 -	178	20,29
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung -	407	46,40
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus	296	33,74
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	554	63,16
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus - einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand -	739	84,25
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle - gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus	1480	168,72
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	25,31
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	253,08
	Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.		
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -	178	20,29
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -	59	6,73
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	5,13
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen	924	105,34
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	126,54
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	1480	168,72
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	210,90
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	1290	147,06
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)	296	33,74
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	126,54

1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	2220	253,08
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	1110	126,54
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z.B. Schlitzung, Saugung)	44	5,02
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	463	52,78
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	739	84,25
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	37,96
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	16,87
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	21,09
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	6,38
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	93	10,60
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	52,78
1510	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis- Ausführungsganges - gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen -	190	21,66
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	21,09
1512	Teilweise Entfernung der Zunge - gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis -	1110	126,54
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	42,18
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	2220	253,08
1518	Operation einer Speichelfistel	739	84,25
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	63,16
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	900	102,60
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	1850	210,90
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis - gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes -	2000	228,--
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	46	5,24
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	8,66
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettament im Kehlkopf	370	42,18
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	63,16
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungs- instrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	152	17,33
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	20,75
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	20,75
	Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.		
1533	Schwebe- oder Stütz-laryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	500	57,--
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	52,78

1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf	647	73,76
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	210,90
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	158,46
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	210,90
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	188,10
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes - einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik -	1850	210,90
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	253,08
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes - einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen -	3700	421,80
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie - einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels -	2770	315,78
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	234,84
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	136,80
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	300	34,20
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie -	3000	342,--
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)	119	13,57
	Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.		
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmeinsatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfangs und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	119	13,57
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	12,08
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopfloren (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	148	16,87
1559	Sprachübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z.B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	23,60
1560	Stimmübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z.B. Stimmeinsatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	23,60
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalz- pfröpfen, auch beidseitig	45	5,13
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	5,13
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	8,44

1568	Operation im äußeren Gehörgang (z.B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	185	21,09
1569	Entfernung eines nicht feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	74	8,44
1570	Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	148	16,87
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	130	14,82
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)	320	36,48
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	45	5,13
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	40	4,56
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang -	70	7,98
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	89	10,15
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	130	14,82
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	33,74
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z.B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)	554	63,16
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	30	3,42
1590	Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig	74	8,44
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	4,56
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	210,90
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	168,72
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	126,54
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	1660	189,24
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume -	2770	315,78
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 -	1660	189,24
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 -	2770	315,78
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	1480	168,72

1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus	1480	168,72
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung	1110	126,54
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung	2350	267,90
1614	Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette -	3140	357,96
1620	Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes -	2350	267,90
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	1110	126,54
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	700	79,80
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - gegebenenfalls einschließlich Interposition -	2350	267,90
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	2350	267,90
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung	2220	253,08
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen	1330	151,62
1628	Plastischer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel	739	84,25
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	3700	421,80
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z.B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision)	739	84,25
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	101,12
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel	1400	159,60
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen	4500	513,--
1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	63,16

K. Urologie

Allgemeine Bestimmungen

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder 3135 zu kürzen.

1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	45	5,13
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	74	8,44
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, erste Sitzung	178	20,29
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	16,87
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	63,16
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	8,55
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	6,84

1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	59	6,73
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	8,44
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	119	13,57
1713	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z.B. Papillomkoagulation, Erstbougieung und/oder Spaltung einer Striktur)	296	33,74
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	230	26,22
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	300	34,20
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	63,16
1721	Verschuß einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	63,16
1722	Verschuß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	126,54
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	1660	189,24
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	1660	189,24
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	6,73
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	104	11,86
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	4,22
	Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.		
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	74	8,44
1732	Einlegung eines Verweilkatheters - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 -	74	8,44
	Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.		
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	4,56
1737	Meatomie	74	8,44
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	63,16
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	60	6,84
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	33,74
1741	Phimoseoperation	370	42,18
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	9,69
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	554	63,16
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	1110	126,54
1747	Penisamputation	554	63,16
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen - einschließlich Verlagerung der Harnröhre -	2220	253,08
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	285,--

1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	364,80
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	924	105,34
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	2500	285,--
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	62,70
1754	Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern einschließlich graphischer Registrierung -	180	20,52
1755	Unterbindung eines Samenleiters - auch mit Teilresektion -, als selbständige Leistung	463	52,78
1756	Unterbindung beider Samenleiter - auch mit Teilresektion(en) -, als selbständige Leistung	832	94,85
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	554	63,16
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	126,54
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	2800	319,20
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	1480	168,72
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	84,25
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1200	136,80
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	84,36
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	52,44
1765	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig	739	84,25
1766	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig	1200	136,80
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial	463	52,78
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	136,80
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	168,72
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	924	105,34
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	1480	168,72
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) - gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat -	45	5,13
1776	Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm aus	370	42,18
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	924	105,34
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	1850	210,90
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	2590	295,26
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	210,90
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	315,78
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	126,54
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1850	210,90
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung	3500	399,--

1785	Zystoskopie	207	23,60
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	355	40,47
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	28,73
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	33,74
1789	Chromozystoskopie - einschließlich intravenöser Injektion -	325	37,05
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken -	370	42,18
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	148	16,87
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	212	24,17
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.	400	45,60
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.	680	77,52
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	273	31,12
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	84,25
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung	355	40,47
1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.	550	62,70
1799	Nierenbeckendruckmessung	150	17,10
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	168,72
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters - ..	1480	168,72
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z.B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch einschließlich Probeexzision -	739	84,25
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	126,54
	Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.		
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung	1850	210,90

1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	1850	210,90
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters .	2220	253,08
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	4070	463,98
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung -	4800	547,20
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	525,54
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters	340	38,76
	Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.		
1814	Harnleiterbougieung	900	102,60
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums -	1110	126,54
	Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.		
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung	481	54,83
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	2220	253,08
1818	Ureterektomie - gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette -	2770	315,78
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	3750	427,50
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig	2590	295,26
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	3330	379,62
1825	Harnleiterplastik (z.B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	2770	315,78
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	52,78
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougieung - gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistungen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787	1500	171,--
1828	Ureterpyeloskopie - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung -	1500	171,--
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	2590	295,26
1829a	Ureterolyse, als selbständige Leistung	1110	126,54
	Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
1830	Operative Freilegung einer Niere - gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses -	1110	126,54

1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	1480	168,72
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	1660	189,24
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	237	27,02
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes - ohne Eröffnung des Nierenbeckens -, als selbständige Leistung	1480	168,72
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	368,22
1836	Nierenpolresektion, als selbständige Leistung	2770	315,78
1837	Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	1660	189,24
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	253,08
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	315,78
1840	Nierenbeckenplastik	2770	315,78
1841	Nephrektomie	2220	253,08
1842	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) -	3230	368,22
1843	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) -	4160	474,24
1845	Implantation einer Niere	4990	568,86
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	474,24
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	368,22
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	253,08
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	399,--
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	6500	741,--
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel - gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband -	1250	142,50
1852	Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel -	700	79,80
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung	1200	136,80
	Neben der Leistung nach Nummern 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.		
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	368,22
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	474,24
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle -, je Sitzung	6000	684,--

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in DM
--------	----------	-----------	--------------

L. Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden. Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen.

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	7,98
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	14,82
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	18,24
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	14,82
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	27,36
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	45,60
	Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.		
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	63	7,18
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	40	4,56
2008	Wund- oder Fistelspaltung	90	10,26
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	11,40
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	43,21
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang - gegebenenfalls einschließlich Spülung -	60	6,84

II. Extremitätenchirurgie

2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität	50	5,70
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie - gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels -	130	14,82
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage	189	21,55
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	250	28,50
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	57	6,50
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	114	13,--
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe - auch mit Defektdeckung -	180	20,52

2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	45	5,13
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z.B. Hämangiom)	554	63,16
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik	700	79,80
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	1100	125,40
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	165,30
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie	1700	193,80
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk	600	68,40
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik	1800	205,20
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk	600	68,40
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk	554	63,16
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	2400	273,60
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie	2400	273,60
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	7000	798,--
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	8000	912,--
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)	230	26,22
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	74	8,44
2062	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte	370	42,18
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062	126	14,36
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung	924	105,34
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung	250	28,50
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	51,30
2067	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)	1660	189,24
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven	1660	189,24
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	1850	210,90
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung	463	52,78
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde -	650	74,10
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels	1100	125,40
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung	924	105,34
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung	950	108,30
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung	463	52,78

2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation - gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils -	924	105,34
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand -	1650	188,10
2083	Freie Sehnentransplantation	1650	188,10
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision -	407	46,40
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose	924	105,34
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose	1100	125,40
2089	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken -	1800	205,20
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanarthritis, je Sitzung	63	7,18
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung -	924	105,34
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers	750	85,50
2093	Spülung bei liegender Drainage	50	5,70

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks	278	31,69
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	554	63,16
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	1110	126,54
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk - gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen -	1850	210,90
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	2310	263,34
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks	550	62,70
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmoose	1110	126,54

2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk ...	750	85,50
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk	1110	126,54
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	168,72
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	1850	210,90
2117	Meniskusoperation	1480	168,72
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk ...	463	52,78
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	168,72
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks	650	74,10
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks	1300	148,20
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks	407	46,40
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks ...	1110	126,54
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	1850	210,90
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	253,08
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende - gegebenenfalls mit Osteosynthese -	2770	315,78
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks	650	74,10
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	1300	148,20
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks - auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material -	2770	315,78
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	2100	239,40
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks	924	105,34
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1400	159,60
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1660	189,24
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	2100	239,40
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1000	114,--
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1800	205,20
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	2700	307,80

2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	4860	554,04
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	3600	410,40
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	6480	738,72
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	1800	205,20
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	3240	369,36
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie - auch Pfannendachplastik -	2100	239,40
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate	2770	315,78
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	4980	567,72
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	3700	421,80
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	6660	759,24
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	3700	421,80
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	6660	759,24
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	148	16,87
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	52,78
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	924	105,34
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe	370	42,18
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	924	105,34
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	1110	126,54
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	1290	147,06
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	1480	168,72
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte ..	1850	210,90
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	3700	421,80
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich	6000	684,--

	Entnahme des Spanmaterials - gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation -		
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	3200	364,80
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese - einschließlich operativer Versteifung des Gelenks -	3200	364,80
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung -	463	52,78
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti - einschließlich plastischer Deckung -	1110	126,54
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens - einschließlich plastischer Deckung -	924	105,34
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich - einschließlich plastischer Deckung -	1110	126,54
2174	Amputation im Oberschenkelbereich - einschließlich plastischer Deckung -	1290	147,06
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	227	25,88
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks ...	379	43,21
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelerkrankungen/-instabilitäten (z.B. Crutchfieldzange)	740	84,36
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	1000	114,--
2189	Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk - gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper -	1500	171,--
2190	Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z.B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk	1800	205,20
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht -	2000	228,--
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren	500	57,--

	Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung		
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten	1800	205,20
2195	Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 -	300	34,20
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	250	28,50

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.

2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang		739	84,25
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang		1110	126,54
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks		93	10,60
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks		140	15,96
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks		148	16,87
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks		220	25,08
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges		370	42,18
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks		407	46,40
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks		278	31,69
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks		420	47,88
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks		1110	126,54
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks		370	42,18
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks		540	61,56
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks		1850	210,90
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks		370	42,18
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks		540	61,56

2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	1850	210,90
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	2250	256,50
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	111	12,65
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	170	19,38
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	400	45,60
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	800	91,20
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	1000	114,--
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks	120	13,68
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	900	102,60
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	739	84,25
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	1110	126,54
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	550	62,70
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	473	53,92
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	1660	189,24
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation - einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	1850	210,90
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne - einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	2770	315,78
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 - einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben -	3230	368,22
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	1480	168,72
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik - auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie -	2770	315,78
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	4500	513,--

V. Knochenchirurgie

2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen	463	52,78
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese	1290	147,06
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	1850	210,90
2253	Knochenspanentnahme	647	73,76
2254	Implantation von Knochen	739	84,25
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	168,72
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	463	52,78
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	800	91,20
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	1200	136,80
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	1500	171,--
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese -	1850	210,90
2263	Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z.B. bei Tumorexstirpation)	1660	189,24
2265	Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z.B. bei Tumorexstirpation) -	2770	315,78
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	1850	210,90
2267	Knochenzerbrechung	463	52,78
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat	1800	205,20
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung	1800	205,20
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -	924	105,34
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -	1850	210,90
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	263,34
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	2770	315,78
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	64,64
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	3500	399,--
2279	Chemonukleolyse	600	68,40

2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	1135	129,39
2281	Perkutane Nukleotomie (z.B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)	1400	159,60
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapsabtragung und Bandscheibenausräumung	1480	168,72
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	1850	210,90
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z.B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	554	63,16
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung -	1480	168,72
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material -	2500	285,--
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	3700	421,80
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	550	62,70
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung -	4000	456,--
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpflanzung -	2770	315,78
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	920	104,88
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	126,54
2293	Operation einer Steißbeinfistel	370	42,18
2294	Steißbeinresektion	554	63,16
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	52,78
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung	924	105,34

2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296	1180	134,52
VI. Frakturbehandlung			
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	189	21,55
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	227	25,88
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	757	86,30
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	86,30
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	152	17,33
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins - einschließlich Nagelung und/oder Drahtung -	567	64,64
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	227	25,88
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	473	53,92
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	341	38,87
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	473	53,92
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	757	86,30
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	227	25,88
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	2500	285,--
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	3700	421,80
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	2800	319,20
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	473	53,92
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial -	650	74,10
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	76	8,66
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelfgliedern der Fingerknochen	152	17,33
2338a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -	185	21,09

2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen der Finger mit Osteosynthese	379	43,21
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches	554	63,16
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation	1110	126,54
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	924	105,34
2346	Beck'sche Bohrung	278	31,69
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z.B. Mittelhand, Mittelfuß)	370	42,18
2348	Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z.B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch	555	63,27
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens	1110	126,54
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	1660	189,24
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	1480	168,72
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	2220	253,08
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	21,09
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen	370	42,18
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs	1110	126,54
2356	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner - auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan -	1480	168,72
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	2770	315,78
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	2100	239,40
VII. Chirurgie der Körperoberfläche			
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	35,34
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	42,18
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	84,25

2383	Vollhauttransplantation - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle -	1000	114,--
2384	Knorpeltransplantation (z.B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe)	739	84,25
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle -	1200	136,80
2386	Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung -	688	78,43
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten	1330	151,62
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	1500	171,--
2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	102,60
2392a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung -	1000	114,--
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)	739	84,25
2394	Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort -	2200	250,80
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	285,--
2396	Implantation eines Hautexpanders	900	102,60
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung	600	68,40
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	111	12,65
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z.B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	15,16
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)	370	42,18
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	15,16
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Faziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)	554	63,16
2405	Entfernung eines Schleimbeutels	370	42,18
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst - gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	2310	263,34
2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	1100	125,40
2410	Operation eines Mammatumors	739	84,25
2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	105,34

2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	1400	159,60
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	2310	263,34
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	319,20
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	2000	228,--
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	3000	342,--
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle	800	91,20
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	91,20
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik	1200	136,80
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung	1100	125,40
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs	600	68,40
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) - auch mit Drainage(n) -	400	45,60
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	80	9,12
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z.B. bei einem Säugling)	220	25,08
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	303	34,54
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision -	379	43,21
2432	Eröffnung einer Phlegmone	473	53,92
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung	800	91,20
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe	400	45,60
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung	900	102,60
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	800	91,20
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	34,20
2450	Operation des Rhinophyms	600	68,40
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie -	2500	285,--
2452	Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes -	1400	159,60

2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	2000	228,--
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	924	105,34
VIII. Neurochirurgie			
2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	1850	210,90
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels - einschließlich Reimplantation von Knochenstücken -	3100	353,40
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	2750	313,50
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom	5250	598,50
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder KopfSchwartenplastik	4500	513,--
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	3000	342,--
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	3750	427,50
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) - gegebenenfalls einschließlich Drainage -	1800	205,20
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	4500	513,--
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	3750	427,50
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	4000	456,--
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	1000	114,--
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	1500	171,--
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn - einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels -	2250	256,50
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	2700	387,--
2519	Trepanation bei Kraniosynostose	2250	256,50
2525	Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose (Kraniosynostose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	4000	456,--
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	3750	427,50
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion	5250	598,50
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors	7500	855,--
2529	Operation einer intrakraniellen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	8000	912,--
2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	855,--
2531	Intrakranielle Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	7500	855,--

2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	6000	684,--
2536	Resektion eines Gehirnlappens	4500	513,--
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	6250	712,50
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	3750	427,50
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	6250	712,50
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	513,--
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	513,--
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	225,--
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	5000	570,--
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	7500	855,--
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	6250	712,50
2553	Intrakraniale Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschuß	6000	684,--
2554	Plastischer Verschuß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung	1800	205,20
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1480	168,72
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1850	210,90
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -	2400	273,60
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	427,50
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation	4620	526,68
2562	Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 - gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern -	2250	256,50
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	2310	263,34
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	4800	547,20
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	4100	467,40

2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich - gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	3000	342,--
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes -	4500	513,--
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	2650	302,10
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik	3230	368,22
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	500	57,--
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	2750	313,50
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	3500	399,--
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	4500	513,--
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	4000	456,--
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven	554	63,16
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes	924	105,34
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	1800	205,20
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung	924	105,34
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung	1480	168,72
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/Armbereich	2600	296,40
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließlich Wundversorgung -	1350	153,90
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven	1850	210,90
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats	2100	239,40
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)	2400	273,60
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie -	3000	342,--

2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht	6000	684,--
2592	Mikrochirurgische interfazikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung	1800	205,20
2593	Mikrochirurgische interfazikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung	2770	315,78
2594	Transposition eines Nerven mit interfazikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	342,--
2595	Nervenpfropfung	1600	182,40
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	2400	273,60
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	700	79,80
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	159,60
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	225	25,65
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	1500	171,--
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	1000	114,--
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	1480	168,72
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	3000	342,--
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	1480	168,72
IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie			
2620	Operation der isolierten Lippenspalte	750	85,50
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	1500	171,--
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -	9000	1026,--
2625	Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	142,50
2626	Velopharyngoplastik	2500	285,--
2627	Verschuß des harten und weichen Gaumens	2000	228,--
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik -	6000	684,--
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	136,80
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	210,90
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	84,36
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	62,70

2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie	950	108,30
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	70,68
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie	760	86,64
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	57,--
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	45,60
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500	57,--
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676	300	34,20
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	96,90
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	250,80
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700	79,80
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	100	11,40
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	45,60
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	159,60
2685	Reposition eines Zahnes	200	22,80
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	34,20
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	148,20
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	85,50
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	114,--

2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	410,40
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich - gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	1500	171,--
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	1200	136,80
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	51,30
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	307,80
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	57,--
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	350	39,90
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	1500	171,--
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2200	250,80
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	350	39,90
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschußplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen -	1800	205,20
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer	300	34,20
2705	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	1700	193,80
2706	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese	1300	148,20
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	1100	125,40
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2640 oder 2642	750	85,50
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	342,--
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	2000	228,--

2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	5000	570,--
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	800	91,20
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	57,--
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	228,--

X. Halschirurgie

2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	126,54
2751	Tracheotomie	554	63,16
2752	Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste - gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins -	1350	153,90
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	1660	189,24
2754	Operation einer Kiemengangfistel	1660	189,24
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	1850	210,90
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	2200	250,80
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst - einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenenfalls der Nachbarorgane -	3700	421,80
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung	1200	136,80

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

2800	Venaesectio	275	31,35
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung	463	52,78
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	2220	253,08
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	1480	168,72
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	253	28,84
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	350	39,90
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	739	84,25
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	400	45,60
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen - einschließlich Wundversorgung -	740	84,36
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z.B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel -	5000	570,--

2. Arterienchirurgie

2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	3140	357,96
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	4200	478,80
2822	Rekonstruktive Operation einer Arterie	2300	262,20
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	1850	210,90
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschuß	3000	342,--
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	6500	741,--
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	6500	741,--
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	7500	855,--
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	3000	342,--
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	5200	592,80
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	1480	168,72
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschuß	4500	513,--
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	5000	570,--
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	5000	570,--
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	4300	490,20
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	3000	342,--
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels - auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung -	3000	342,--
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	2000	228,--
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	3700	421,80
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	3700	421,80
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	5500	627,--

3. Venenchirurgie

2880	Inzision eines Varixknotens	148	16,87
2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	126,54
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	210,90
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste	1200	136,80
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	1110	126,54
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	2770	315,78
2887	Thrombektomie	2000	228,--

2888	Veno-venöse Umleitung (z.B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts	3140	357,96
2889	Veno-venöse Umleitung (z.B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts	3700	421,80
2890	Isolierte Seitenastextirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur	350	39,90
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel -	3000	342,--
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse	1480	168,72
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat	2100	239,40
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts	1200	136,80
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	1500	171,--
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	2220	253,08
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion	3140	357,96
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	3700	421,80
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisierung	4620	526,68
4. Sympathikuschirurgie			
2920	Thorakale Sympathektomie	2000	228,--
2921	Lumbale Sympathektomie	1480	168,72
XII. Thoraxchirurgie			
2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	739	84,25
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung	1110	126,54
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	1110	126,54
2953	Thorakoplastik	3140	357,96
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung - auch Jalousieplastik -	4620	526,68
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	5000	570,--
2956	Brustwandteilresektion	2100	239,40
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	3000	342,--
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	5100	581,40
2960	Operation einer Brustkorbdeformität (z.B. Trichterbrust)	3000	342,--
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z.B. Bülau'sche Heberdrainage)	554	63,16
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage - gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln -	148	16,87

2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	666	75,92
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	2220	253,08
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	3140	357,96
2975	Dekortikation der Lunge	4800	547,20
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	2000	228,--
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	739	84,25
2979	Operative Entfernung eines Pleuraempyems - gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en) -	1110	126,54
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	253,08
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	126,54
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	168,72
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung	1290	147,06
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen	1480	168,72
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z.B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)	2770	315,78
2995	Lob- oder Pneumonektomie	3140	357,96
2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	456,--
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	5100	581,40
2998	Bilobektomie	4800	547,20
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	638,40
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	2770	315,78
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	5800	661,20
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	4800	547,20
3010	Sternotomie, als selbständige Leistung	1110	126,54
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	4000	456,--
3012	Drainage des Mediastinums	554	63,16
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	456,--
XIII. Herzchirurgie			
3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	1850	210,90
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1290	147,06
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	126,54
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	126,54

3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	210,90
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.	554	63,16
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	554	63,16
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	2000	228,--
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	3140	357,96
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	1480	168,72
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	3140	357,96
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	3000	342,--
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	342,--
3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	342,--
3072	Operativer Verschuß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	3000	342,--
3073	Operativer Verschuß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z.B. Sinus venosus) - auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlöffnung -	4000	456,--
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlöffnung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	6500	741,--
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß - auch Thrombolyse oder Embolektomie -	3000	342,--
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels	4800	547,20
3077	Operativer Verschuß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	3000	342,--
3078	Operativer Verschuß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	4000	456,--
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	3000	342,--
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	3300	376,20
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	3140	357,96
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	5600	638,40
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	7500	855,--
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	5600	638,40
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	7500	855,--
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	4000	456,--
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen - ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)	4500	513,--
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	315,78
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	126,54
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff - auch Implantation von myokardialen Elektroden -	2770	315,78

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung	300	34,20
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	500	57,--
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	375	42,75
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	1110	126,54
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	4000	456,--
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	5000	570,--
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	3000	342,--
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	3000	342,--
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang	5000	570,--
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme -	1110	126,54
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	1110	126,54
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	1110	126,54
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	1600	182,40
3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	2770	315,78
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes -	1900	216,60
3145	Teilresektion des Magens	2770	315,78
3146	Kardiaresektion	4000	456,--
3147	Totale Magenentfernung	4800	547,20
3148	Resektion des Ulcus pepticum	4000	456,--
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z.B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	5250	598,50
3150	Gastrotomie	1600	182,40
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	2700	307,80
3152	Spaltung des Pylorus (z.B. bei Pylorospasmus)	1900	216,60
3153	Pyloroplastik	3000	342,--
3154	Vagotomie am Magen	3000	342,--
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z.B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik)	4500	513,--
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	51,30
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	4620	526,68
3158	Gastroenterostomie	2220	253,08
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	4000	456,--

3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	3000	342,--
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet - auch mit Teilresektion -	2220	253,08
3168	Jejuno-Zökostomie	2600	296,40
3169	Teilresektion des Kolons - auch mit Anastomose -	3750	427,50
3170	Kolektomie, auch subtotal - mit Ileostomie -	5250	598,50
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination	2500	285,--
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	1600	182,40
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	1480	168,72
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	2700	307,80
3175	Operation des Mekoniumileus	2700	307,80
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	3500	399,--
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	5000	570,--
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	4000	456,--
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm - gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm - mit Anastomose	3500	399,--
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	6500	741,--
3184	Lebertransplantation	7500	855,--
3185	Operation an der Leber (z.B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	3000	342,--
3186	Exstirpation der Gallenblase	2500	285,--
3187	Operation an den Gallengängen - gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase	3250	370,50
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	478,80
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	4000	456,--
3190	Papillenexstirpation oder -Spaltung mit Eröffnung des Duodenums	2700	307,80
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	2000	228,--
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes	3700	421,80
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	4620	526,68
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	2220	253,08
3197	Resektion des ganzen Pankreas	4620	526,68
3198	Pankreoduodenektomie (z.B. nach Whipple)	5000	570,--
3199	Milzexstirpation	2220	253,08
3200	Appendektomie	1480	168,72

3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt - gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose -	3000	342,--
3205	Anlage einer Endodrainage (z.B. Duodenum-Dünndarm- Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	2250	256,50
3206	Enterostomie - auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) -	2250	256,50
3207	Anlegen eines Anus praeter	1480	168,72
3208	Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	1250	142,50
3209	Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	1750	199,50
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	2000	228,--
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator- Methode zur Darmentleerung	120	13,68
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen AfterverSchlusses	150	17,10
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	1200	136,80
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation	3750	427,50
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	307,80
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarrrisses	278	31,69
3220	Operation submuköser Mastdarmpfisteln	300	34,20
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmpfisteln	370	42,18
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmpfistel - auch ihres verzweigten Gangsystems -	700	79,80
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel - auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems -	850	96,90
3224	Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht -	1150	131,10
3226	Perianale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) - einschließlich Naht -	3500	399,--
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	120	13,68
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	1150	131,10
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	2220	253,08
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus - auch mit Kreuzbeinschnitt -	2800	319,20
3234	Rektale Myektomie (z.B. bei Megacolon congenitum) - auch mit Kolostomie -	3500	399,--
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	5000	570,--
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	111	12,65
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung	370	42,18

3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.	185	21,09
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels	1800	205,20
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	554	63,16
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z.B. nach Miligan/Morgan) - auch mit Analplastik -	924	105,34

XV. Hernienchirurgie

3280	Operation einer Diaphragmahernie	2770	315,78
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	2250	256,50
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	222	25,31
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches	1110	126,54
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik - auch mit Darmresektion -	2500	285,--
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches ..	1290	147,06
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches - gegebenenfalls mit Darmresektion -	2000	228,--
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	2500	285,--
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	2250	256,50

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

3300	Arthroskopie - gegebenenfalls mit Probeexzision -	500	57,--
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	473	53,92
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	227	25,88
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	37	4,22
3306	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule .	148	16,87
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	76	8,66
3311	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm einschließlich Hand oder für einen Unterschenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Unterschenkelstumpf	152	17,33

3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	189	21,55
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	303	34,54
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	379	43,21
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	473	53,92
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	757	86,30
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	946	107,84
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels	95	10,83
	Unter "Große orthopädische Hilfsmittel" 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 großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.		
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)	152	17,33

M. Laboratoriumsuntersuchungen

- Allgemeine Bestimmungen 1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.
Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten - auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.
Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.
2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z.B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach

berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden. Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z.B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z.B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.
Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.
Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden.
Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.
7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z.B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens "A" als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:
Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);
Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;
Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden:
Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;
Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.
Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung "- gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -" ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung "- einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -" ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.

10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in DM
Allgemeine Bestimmungen			
Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z.B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.			
Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.			
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	10,26
	Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.		
3501	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	6,84
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	120	13,68
3503	Hämatokrit	70	7,98
	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße	60	6,84
Katalog			
3504	Erythrozyten		
3505	Leukozyten		
3506	Thrombozyten		
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z.B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z.B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	80	9,12
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z.B. Methyleneblau, Lugol), je Material	100	11,40
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z.B. Gramfärbung), je Präparat	120	13,68
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z.B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	5,70
	Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.		

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

Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße		70	7,98
Katalog			
3512	Alpha-Amylase		
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-T)		
3514	Glukose		
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)		
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)		
3517	Hämoglobin		
3518	Harnsäure		
3519	Kalium		
3520	Kreatinin		
3521	Lipase		
Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße		100	11,40
Katalog			
3523	Antistreptolysin (ASL)		
3524	C-reaktives Protein (CRP)		
3525	Mononukleosetest		
3526	Rheumafaktor (RF)		
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	130	14,82
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	150	17,10
3530	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	120	13,68
3531	Urinsediment	70	7,98
3532	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -	90	10,26

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Höchstwerte

3541.H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	54,72
--------	---	-----	-------

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550	Blutbild und Blutbildbestandteile	60	6,84
	Die Leistung nach Nummer 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.		
3551	Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	20	2,28
3552	Retikulozytenzahl	70	7,98
2. Elektrolyte, Wasserhaushalt			
3555	Calcium	40	4,56
3556	Chlorid	30	3,42
3557	Kalium	30	3,42
3558	Natrium	30	3,42
3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel			
Allgemeine Bestimmung			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.			
3560	Glukose	40	4,56
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	200	22,80
3562.H1	Cholesterin	40	4,56
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	4,56
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	4,56
3565.H1	Triglyzeride	40	4,56
4. Proteine, Elektrophoreseverfahren			
Allgemeine Bestimmung			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.			
3570.H1	Albumin, photometrisch	30	3,42
3571	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	150	17,10
3572	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	28,50
3573.H1	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	30	3,42
3574	Proteinelektrophorese im Serum	200	22,80
3575	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	100	11,40

5. Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

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

3580.H1	Anorganisches Phosphat	40	4,56
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	4,56
3582	Bilirubin, direkt	70	7,98
3583.H1	Harnsäure	40	4,56
3584.H1	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	40	4,56
3585.H1	Kreatinin	40	4,56
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	4,56
3588.H1	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	50	5,70
3589.H1	Cholinesterase (Pseudocholinesterase,CHE, PCHE)	40	4,56
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	4,56
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB),Immuninhibitionsmethode	50	5,70
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)	40	4,56
3593.H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	5,70
3594.H1	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	40	4,56
3595.H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	40	4,56
3596.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HDB)	40	4,56
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	4,56
3598.H1	Lipase	50	5,70
3599	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	70	7,98

6. Gerinnungssystem

3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	50	5,70
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ),Doppelbestimmung	70	7,98
3607	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	50	5,70

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

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

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

3610	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	100	11,40
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	18,24
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	280	31,92
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	18,24
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	60	6,84

8. Spurenelemente

3620	Eisen im Serum oder Plasma	40	4,56
3621	Magnesium	40	4,56

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	99,18
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	159,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	62,70

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	6,84
	Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.		
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -	70	7,98
3652	Streifenfest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	35	3,99
3653	Urinsediment, mikroskopisch	50	5,70
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	80	9,12

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	40	4,56
3661	Gallensediment, mikroskopisch	40	4,56
3662	HCl, titrimetrisch	70	7,98
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	18,24
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	120	13,68
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	17,10
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	70	7,98
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)	400	45,60

Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.

3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,84
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,84
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	18,24
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopischeinschließlich chemischer Reaktionen -	250	28,50
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraction	570	64,98

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	90	10,26
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	570	64,98
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	120	13,68
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z.B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	28,50
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	7,98
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	10,26
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	18,24
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	20,52
3691	Hämoglobinelektrophorese	570	64,98
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	6,84
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Lumineszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	570	64,98
3694	Lymphozytentransformationstest	570	64,98
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	13,68
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfachoder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	570	64,98
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	250	28,50

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

3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	51,30
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum	360	41,04
	Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.		
3700	Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatikasensibilität	2000	228,--

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO2 und/oder PO2 und/oder Hb)	90	10,26
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG) .	40	4,56
3712	Viskosität (z.B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	28,50
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	4,56
3715	Bikarbonat	60	6,84
3716	Osmolalität	50	5,70

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721	Glykierte Proteine	250	28,50
3722	Fructosamin, photometrisch	70	7,98
3723	Fruktose, photometrisch	200	22,80
3724	D-Xylose, photometrisch	200	22,80
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassaygegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	22,80
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	46,74
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	77,52
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	20,52
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	34,20
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmundiffusion	300	34,20

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

3735	Albumin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	150	17,10
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	13,68
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	64,98
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	28,50
3739	Alpha(tief)1 -Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80
3742	Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3744	Fibronectin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3745	Beta(tief)2-Glykoprotein II (C(tief)3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	22,80
3749	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	22,80
3750	Isoelektrische Fokussierung (z.B. Oligoklonale Banden)	570	64,98
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	4,56
3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	13,68
3753	Alpha(tief)2 -Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3754	Mikroglobuline (Alpha(tief)1, Beta(tief)2), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	22,80
3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	6,84

3756	Myoglobin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	6,84
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3760	Protein im Urin, photometrisch	70	7,98
3761	Proteinelektrophorese im Urin	250	28,50
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	40	4,56
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z.B. Westernblot)	570	64,98
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	28,50
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	41,04
7. Substrate, Metabolite, Enzyme			
3774	Ammoniak (NH ₄)	220	25,08
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	180	20,52
3776	Citrat, photometrisch	300	34,20
3777	Gallensäuren, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	290	33,06
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	120	13,68
3779	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	4,56
3780	Kreatin	120	13,68
3781	Laktat, photometrisch	220	25,08
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	22,80
3783	Organisches Säureprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	570	64,98
3784	Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	17,10
3785	Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	34,20

3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	220	25,08
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	120	13,68
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	200	22,80
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	120	13,68
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	13,68
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassayeinschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	290	33,06
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3793	Lysozym	120	13,68
3794	Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	200	22,80
3795	Tartrathemmbar saure Phosphatase (PSP)	110	12,54
3796	Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	200	22,80

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3630.H zu beachten.

Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	33,06
--	-----	-------

Katalog

	Antikörper gegen
3805.H2	Basalmembran (GBM)
3806.H2	Centromerregion
3807.H2	Endomysium
3808.H2	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)
3809.H2	Glatte Muskulatur (SMA)
3811.H2	Haut (AHA, BMA und ICS)
3812.H2	Herzmuskulatur (HMA)
3813.H2	Kerne (ANA)
3814.H2	Kollagen
3815.H2	Langerhans-Inseln (ICA)
3816.H2	Mikrosomen (Thyropoxidase)
3817.H2	Mikrosomen (Leber, Niere)

3818.H2	Mitochondrien (AMA)
3819.H2	nDNA
3820.H2	Nebenniere
3821.H2	Parietalzellen (PCA)
3822.H2	Skelettmuskulatur (SkMA)
3823.H2	Speichelgangepithel
3824.H2	Spermien
3825.H2	Thyreoglobulin
3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)
3827.H2	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer
Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder
ähnlicher Untersuchungsmethoden

510

58,14

Katalog

	Antikörper gegen
3832	Basalmembran (GBM)
3833	Centromerregion
3834	Endomysium
3835	Extrahierbare, nukleare Antigene (ENA)
3836	Glatte Muskulatur (SMA)
3838	Haut (AHA, BMA und ICS)
3839	Herzmuskulatur (HMA)
3840	Kerne (ANA)
3841	Kollagen
3842	Langerhans-Inseln (ICA)
3843	Mikrosomen (Thyroperoxidase)
3844	Mikrosomen (Leber, Niere)
3845	Mitochondrien (AMA)
3846	nDNA
3847	Parietalzellen (PCA)
3848	Skelettmuskulatur (SkMA)
3849	Speichelgangepithel
3850	Spermien
3852	Thyreoglobulin
3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)
3854	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese	300	34,20
Katalog		
Antikörper gegen		
3857 DNS		
3858 Histone		
3859 Ribonukleoprotein (RNP)		
3860 SM-Antigen		
3861 SS-A-Antigen		
3862 SS-B-Antigen		
3863 Scl-70-Antigen		
3864 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
Katalog		
Antikörper gegen		
3868 Azetylcholinrezeptoren		
3869 Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion		
3870 Interferon alpha		
3871 Mikrosomen (Thyroperoxydase)		
3872 Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
3873 Myeloperoxydase (P-ANCA)		
3874 Proteinase 3 (C-ANCA)		
3875 Spermien		
3876 Thyreoglobulin		
3877 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
3879 Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	550	62,70
3881 Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassayeinschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	290	33,06
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination	90	10,26
Katalog		
Antikörper gegen		
3884 Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3885 Thyreoglobulin (Boydentest)		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	180	20,52

Katalog

	Antikörper gegen		
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	200	22,80

9. Antikörper gegenkörperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummer 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nummern 3572, 3890 und/oder 3891 nicht errechnungsfähig.

3890	Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Mischallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	28,50
3891	Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	28,50
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	200	22,80
3893	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen - gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt	500	57,--
3894	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen - gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt	900	102,60
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion	1100	125,40
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	33,06
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

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

3900.H3	Ca 125, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
3901.H3	Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30

3902.H3	Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
3903.H3	Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3904.H3	Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3906.H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3908.H3	Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3910.H3	Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	900	102,60
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	17,10
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	57,--
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,--
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	34,20
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,--

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	12,54
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3932	Blutungszeit	60	6,84
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	100	11,40

3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	13,68
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	28,50
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	180	20,52
3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	360	41,04
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	52,44
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	82,08
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	28,50
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	28,50
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	34,20
3945	Heparin, chromogenes Substrat	140	15,96
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	70	7,98
3947	Plasmatauschversuch	460	52,44
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	140	15,96
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	46,74
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor	480	54,72
3951	Protein C-Aktivität	450	51,30
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3953	Protein S-Aktivität	450	51,30
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3955	Reptilasezeit	100	11,40
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	22,80
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	180	20,52
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	480	54,72
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	11,40
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	70	7,98
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	102,60
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	60	6,84
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	480	54,72
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	41,04
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	260	29,64

3966	Gesamtkomplement AH 50	600	68,40
3967	Gesamtkomplement CH 50	500	57,--
	Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems	250	28,50
	Katalog		
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis		
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden		
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis		
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden		
	13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System		
3980	ABO-Merkmale	100	11,40
3981	ABO-Merkmale und Isoagglutinine	180	20,52
3982	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	300	34,20
3983	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	500	57,--
	Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale		
	Katalog		
3984	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z.B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	13,68
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. C(hoch)w, Kell, D(hoch)u, Duffy), je Merkmal	200	22,80
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	360	41,04
	Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.		
3987	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	140	15,96
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	22,80
3989	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	60	6,84
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	70	7,98
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	100	11,40

3992	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	30	3,42
3993	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992	400	45,60
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z.B. Kälteagglutinine, Hämolytine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	15,96
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	39,90
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	68,40
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	120	13,68
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	90	10,26
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.	360	41,04
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	22,80
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.	300	34,20
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	100	11,40
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	45,60
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	750	85,50
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	342,--
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	30	3,42
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	410,40

4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	285,--
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	307,80
4010	HLA-Isoantikörnernachweis	800	91,20
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	182,40
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	85,50
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen -	4600	524,40
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	2300	262,20

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
---	-----	-------

Katalog

4020	Cortisol
4021	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)
4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)
4025	Insulin
4026	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)
4027	Östriol
4028	Plazentalaktogen (HPL)
4029.H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)
4030	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)
4031.H4	Thyroxin
4032.H4	Trijodthyronin
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	350	39,90
--	-----	-------

Katalog

4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron
4036	Androstendion
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)
4039	Östradiol
4040	Progesteron

4041	Prolaktin		
4042	Testosteron		
4043	Wachstumshormon (HGH)		
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	480	54,72
	Katalog		
4045	Aldosteron		
4046	C-Peptid		
4047	Calcitonin		
4048	cAMP		
4049	Corticotropin (ACTH)		
4050	Erythropoetin		
4051	Gastrin		
4052	Glukagon		
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität		
4054	Osteocalcin		
4055	Oxytocin		
4056	Parathormon		
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten		
4058	Reninkonzentration		
4060	Somatomedin		
4061	Vasopressin (Aldiuretin, ADH)		
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	750	85,50
	Katalog		
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	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper -	900	102,60
	Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie	570	64,98
	Katalog		

4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)		
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin		
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074	Metanephrine		
4075	Serotonin		
4076	Steroidprofil		
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)		
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	39,90
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	13,68
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120	13,68
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	140	15,96
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Agglutination, im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation, je Bestimmung	570	64,98
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	570	64,98
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	250	28,50
4086	Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	1200	136,80
4087	Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	1200	136,80
4088	Andere Hormonrezeptoren (z.B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung -	1200	136,80
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassayeinschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - .	450	51,30

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 von Cortisol)	500	57,--
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,--
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/ Noradrenalin im Plasma)	1140	129,96
4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	114,--

4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	249,66
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	22,80
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	13,68
4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,--
4098	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,--
4099	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,--
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	280	31,92
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	437,76
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	239,40
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	79,80
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	109,44
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	57,--
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	437,76
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	102,60
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	22,80
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	114,--
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylylid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	57,--
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	700	79,80
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	328,32
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	218,88
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	123,12
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	57,--
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	82,08

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	28,50
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	13,68
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson- Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	6,84
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4125	Porphyrynprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	64,98
4126	Porphyrynprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	52,44

17. Spurenelemente, Vitamine

4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	13,68
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	40	4,56
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	46,74
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4135	Zink, Atomabsorption	90	10,26
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D,D(tief)2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	480	54,72
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)(tief)2D(tief)3, Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	750	85,50
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	360	41,04
--	-----	-------

Katalog

4141	Vitamin A		
4142	Vitamin E		

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	64,98
--	-----	-------

Katalog

4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D(tief)2)		
4145	Vitamin B1		
4146	Vitamin B6		
4147	Vitamin K		

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
--	-----	-------

Katalog

4150	Amikacin		
4151	Amphetamin		
4152	Azetaminophen		
4153	Barbiturate		
4154	Benzodiazepine		
4155	Cannabinoide		
4156	Carbamazepin		
4157	Chinidin		
4158	Cocainmetabolite		
4160	Desipramin		
4161	Digitoxin		
4162	Digoxin		
4163	Disopyramid		
4164	Ethosuximid		
4165	Flecainid		
4166	Gentamicin		
4167	Lidocain		
4168	Methadon		
4169	Methotrexat		
4170	N-Azetylprocainamid		
4171	Netilmicin		
4172	Opiate		
4173	Phenobarbital		
4174	Phenytoin		
4175	Primidon		
4176	Propaphenon		
4177	Salizylat		
4178	Streptomycin		
4179	Theophyllin		
4180	Tobramicin		
4181	Valproinsäure		
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
	Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	700	79,80
	Katalog		
4186	Amitryptilin		
4187	Imipramin		

4188	Nortriptylin		
	Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
	Katalog		
4190	Aluminium		
4191	Arsen		
4192	Blei		
4193	Cadmium		
4194	Chrom		
4195	Gold		
4196	Quecksilber		
4197	Thallium		
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	360	41,04
	Katalog		
4199	Amiodarone		
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)		
4201	Chinidin		
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	450	51,30
	Katalog		
4203	Antibiotika		
4204	Antimykotika		
	Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	46,74
	Katalog		
4206	Valproinsäure		
4207	Ethanol		
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	480	54,72
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	900	102,60
4211	Ethanol, photometrisch	150	17,10
4212	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	250	28,50

4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	360	41,04
4114	Lithium	60	6,84

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 Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	10,26
--	----	-------

Katalog

Antikörper gegen

4220	Borrelia burgdorferi
4221	Brucellen
4222	Campylobacter
4223	Francisellen
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ
4225	Leptospiren
4226	Listerien, je Typ
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)
4228	Salmonellen-H-Antigene
4229	Salmonellen-O-Antigene
4230	Staphylolysin
4231	Streptolysin
4232	Treponema pallidum (TPHA, Cardirolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ
4234	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	230	26,22
--	-----	-------

Katalog

Antikörper gegen

4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)
4236	Borrelia burgdorferi
4237	Brucellen
4238	Campylobacter
4239	Francisellen
4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ
4241	Leptospiren
4242	Listerien, je Typ

4243	Rickettsien		
4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen		
4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen		
4246	Staphylolysin		
4247	Streptolysin		
4248	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolidinmikroflokkungstest, VDRL-Test)		
4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ		
4250	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290	33,06
Katalog			
	Antikörper gegen		
4251	Bordetella pertussis		
4252	Borrelia burgdorferi		
4253	Chlamydia trachomatis		
4254	Coxiella burneti		
4255	Legionella pneumophila		
4256	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)		
4257	Mycoplasma pneumoniae		
4258	Rickettsien		
4259	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)		
4260	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)		
4261	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		510	58,14
Katalog			
	Antikörper gegen		
4263	Bordetella pertussis		
4264	Borrelia burgdorferi		
4265	Chlamydia trachomatis		
4266	Coxiella burneti		
4267	Legionella pneumophila		
4268	Mycoplasma pneumoniae		
4269	Rickettsien		
4270	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)		
4271	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)		
4272	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		800	91,20

Katalog

Antikörper gegen

4273 Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABS-Test)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels
Komplementbindungsreaktion (KBR)

250

28,50

Katalog

Antikörper gegen

4275 Campylobacter

4276 Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)

4277 Chlamydia trachomatis

4278 Coxiella burneti

4279 Gonokokken

4280 Leptospiren

4281 Listerien

4282 Mycoplasma pneumoniae

4283 Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)

4284 Yersinien

4285 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die
untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls
einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -

350

39,90

Katalog

Antikörper gegen

4286 Borrelia burgdorferi

4287 Campylobacter

4288 Coxiella burneti

4289 Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)

4290 Mycoplasma pneumoniae

4291 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die
untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden

Katalog

4293 Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche
Untersuchungsmethoden

180

20,52

4294 Streptolysin, Hämolysehemmung

230

26,22

4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase,
ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche
Untersuchungsmethoden

180

20,52

4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase,
ADNase B), Farbreaktion und visuell

120

13,68

4297 Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ

120

13,68

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion
(z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-
Agglutination)

90

10,26

Katalog

Antikörper gegen

4300 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-
Bunnell-Test)

4301 Röteln-Virus

4302 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem
Aufwand Die untersuchten Viren sind in der
Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels
Agglutinationsreaktion (z.B. Hämagglutination,
Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

240

27,36

Katalog

Antikörper gegen

4305 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-
Bunnell-Test)

4306 Röteln-Virus

4307 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem
Aufwand Die untersuchten Viren sind in der
Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder
ähnlicher Untersuchungsmethoden

290

33,06

Katalog

Antikörper gegen

4310 Adenoviren

4311 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)

4312 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)

4313 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)

4314 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus

4315 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted

4316 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)

4317 FSME-Virus

4318 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)

4319 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)

4320 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)

4321 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)

4322 HIV 1

4323 HIV 2

4324 Influenza A-Virus

4325 Influenza B-Virus

4327	Masern-Virus
4328	Mumps-Virus
4329	Parainfluenza-Virus 1
4330	Parainfluenza-Virus 2
4331	Parainfluenza-Virus 3
4332	Respiratory syncytial virus
4333	Tollwut-Virus
4334	Varizella-Zoster-Virus
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz
oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

510

58,14

Katalog

Antikörper gegen

4337	Adenoviren
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)
4344	FSME-Virus
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)
4349	HIV 1
4350	HIV 2
4351	Influenza A-Virus
4352	Influenza B-Virus
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus
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	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	28,50
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4365	Adenoviren		
4366	Coronaviren		
4367	Influenza A-Virus		
4368	Influenza B-Virus		
4369	Influenza C-Virus		
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus		
4371	Parainfluenza-Virus 1		
4371a	Parainfluenza-Virus 2		
4372	Parainfluenza-Virus 3		
4373	Polyomaviren		
4374	Reoviren		
4375	Respiratory syncytial virus		
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	240	27,36
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)		
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)		
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)		
4381	HBs-Antigen		
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)		
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)		
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)		
4385	Masern-Virus (IgG und IgM)		
4386	Mumps-Virus (IgG und IgM)		
4387	Röteln-Virus (IgG und IgM)		
4388	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)		
4389	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
	Katalog		
	Antikörper gegen		

4390	Cytomegalie-Virus (IgM)		
4391	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)		
4392	FSME-Virus (IgM)		
4393	HBc-Antigen (IgG und IgM)		
4394	Herpes simplex-Virus (IgM)		
4395	HIV		
4396	Masern-Virus (IgM)		
4397	Mumps-Virus (IgM)		
4398	Röteln-Virus (IgM)		
4399	Varizella-Zoster-Virus (IgM)		
4400	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		350	39,90
Katalog			
	Antikörper gegen		
4402	HBc-Antigen (IgM)		
4403	HBe-Antigen (IgM)		
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -			
Katalog			
	Antikörper gegen		
4405	Delta-Antigen	800	91,20
4406	Hepatitis C-Virus	400	45,60
Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden		800	91,20
Katalog			
	Antikörper gegen		
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot		
4409	HIV, Immunoblot		
21. Antikörper gegen Pilzantigene			
Allgemeine Bestimmung			
Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.			
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290	33,06
Katalog			
	Antikörper gegen		
4415	Candida albicans		

4416	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4418	Candida albicans		
4419	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	10,26
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4421	Aspergillus		
4422	Candida albicans		
4423	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	27,36
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4425	Aspergillus		
4426	Candida albicans		
4427	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	10,26
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4430	Echinokokken		
4431	Schistosomen		
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		

	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		240	27,36
Katalog			
	Antikörper gegen		
4435	Echinokokken		
4436	Schistosomen		
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290	33,06
Katalog			
	Antikörper gegen		
4440	Entamoeba histolytica		
4441	Leishmanien		
4442	Plasmodien		
4443	Pneumocystis carinii		
4444	Schistosomen		
4445	Toxoplasma gondii		
4446	Trypanosoma cruzi		
4447	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		510	58,14
Katalog			
	Antikörper gegen		
4448	Entamoeba histolytica		
4449	Leishmanien		
4450	Pneumocystis carinii		
4451	Plasmodien		
4452	Schistosomen		
4453	Toxoplasma gondii		
4454	Trypanosoma cruzi		

4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	28,50
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4456	Echinokokken		
4457	Entamoeba histolytica		
4458	Leishmanien		
4459	Toxoplasma gondii		
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	230	26,22
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4461	Toxoplasma gondii		
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	350	39,90
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4465	Entamoeba histolytica		
4466	Leishmanien		
4467	Schistosomen		
4468	Toxoplasma gondii		
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum	130	14,82
Katalog		
4500	Betahämolsierende Streptokokken Typ B	
4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b	
4502	Neisseria meningitidis Typen A und B	
4503	Streptococcus pneumoniae	
4504	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	
Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich einfacher Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	90	10,26
Katalog		
4506	Methylenblaufärbung	
4508	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	
Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich aufwendiger Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	110	12,54
Katalog		
4510	Giemsafärbung (Punktate)	
4511	Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)	
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung	
4513	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	
Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen -, qualitativ, je Untersuchung	160	18,24
Katalog		
4515	Auraminfärbung	
4516	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	
4518	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	
	250	28,50

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50
---	-----	-------

Katalog

- | | |
|------|--|
| 4520 | Beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe B |
| 4521 | Enteropathogene Escherichia coli-Stämme |
| 4522 | Legionellen |
| 4523 | Neisseria meningitidis |
| 4524 | Neisseria gonorrhoeae |
| 4525 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |

b. Züchtung/Gewebekultur

- | | | | |
|------|--|-----|-------|
| 4530 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z.B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium | 80 | 9,12 |
| | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig. | | |
| 4531 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium | 100 | 11,40 |
| | Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig. | | |
| 4532 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO ₂ -Atmosphäre je Nährmedium | 100 | 11,40 |
| 4533 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium | 250 | 28,50 |
| | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig. | | |
| 4538 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektivoder Anreicherungsmedien, aerob (z.B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium | 120 | 13,68 |
| | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus | | |

	demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z.B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	28,50
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	45,60
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	350	39,90
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	28,50
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	57,--
c. Identifizierung/Typisierung			
4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z.B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	60	6,84
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z.B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	13,68
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z.B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	13,68
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	18,24
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim	240	27,36
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	37,62
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	34,20
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus		

demselben Untersuchungsmaterial ist nicht
zulässig.

Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	60	6,84
Katalog		
4553 Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)		
4554 Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4555 Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4556 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.		
4560 Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung	250	28,50
Katalog		
4561 Beta-hämolysierende Streptokokken		
4562 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4563 Legionellen		
4564 Neisseria meningitidis		
4565 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	46,74
Katalog		
4567 Anaerobier		
4568 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
4570 Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z.B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie - einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z.B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung	570	64,98
4571 Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	64,98
Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum	120	13,68
Katalog		
4572 Beta-hämolysierende Streptokokken		
4573 Escherichia coli		

4574	Salmonellen		
4575	Shigellen		
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung	250	28,50
	Katalog		
4578	Brucellen		
4579	Pseudomonaden		
4580	Staphylokokken		
4581	Salmonellen		
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	250	28,50
4585	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	350	39,90
d. Toxinnachweis			
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50
	Katalog		
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum		
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4592	Staphylococcus aureus		
4593	Vibrionen		
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	250	28,50
	Katalog		
4596	Clostridium botulinum		
4597	Corynebacterium diphtheriae		
4598	Staphylokokkentoxin		

4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.	500	57,--

e. Keimzahl, Hemmstoffe

4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z.B. Cult-dip Plus (R), Dip-Slide (R), Uricount (R), Uricult (R), A* Uriline (R), A* Urotube (R)), semiquantitativ, je Urinuntersuchung	60	6,84
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	28,50
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	6,84

f. Empfindlichkeitstestung

4610	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.	20	2,28
4611	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	3,42
4612	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	5,70
4613	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	8,55

4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	250	28,50
------	--	-----	-------

2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a. Untersuchungen im Nativmaterial

	Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z.B. Latex-Agglutination), je Untersuchung	60	6,84
--	--	----	------

Katalog

4630 Rota-Viren

4631 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

	Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	80	9,12
--	---	----	------

Katalog

4633 Herpes simplex Viren

4634 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

4636	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
------	---	-----	-------

4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	3180	362,52
------	--	------	--------

	Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	28,50
--	---	-----	-------

Katalog

4640 Adeno-Viren

4641 Hepatitis A-Viren

4642 Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)

4643 Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)

4644 Influenza-Viren

4645 Parainfluenza-Viren

4646 Rota-Viren

4647 Respiratory syncytial virus

4648 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung

4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzuchtung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz	450	51,30
------	---	-----	-------

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

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

4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z.B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	28,50
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	28,50
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	250	28,50
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	330	37,62
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzuchtung, je Untersuchung	3180	362,52
	Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung	250	28,50

Katalog

4675	Adeno-Viren
4676	Influenza-Viren
4677	Parainfluenza-Viren
4678	Rota-Viren
4679	Respiratory syncytial virus
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum	120	13,68
---	-----	-------

Katalog

4705	Aspergillus
4706	Candida
4707	Kryptokokkus neoformans

4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.		
4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	9,12
4711	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z.B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	13,68
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50
b. Züchtung			
4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z.B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	100	11,40
	Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z.B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium	120	13,68
	Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z.B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	13,68
	Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.		
c. Identifizierung/Charakterisierung			
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	13,68
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	28,50
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung	120	13,68

4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50

d. Empfindlichkeitstestung

4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	13,68
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	28,50

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) - gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast) -, qualitativ, je Untersuchung	120	13,68
---	-----	-------

Katalog

4740	Amöben
4741	Lamblien
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)
4743	Trichomonaden
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) - gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast) -, nach einfacher Anreicherung (z.B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung	160	18,24
--	-----	-------

Katalog

4747	Amöben
4748	Lamblien
4749	Trichomonaden
4750	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier
4751	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten - einschließlich aufwendigerer Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	250	28,50
---	-----	-------

Katalog

4753	Giemsafärbung (Blutausstrich) (z.B. Malaria Plasmodien)		
4754	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		
4756	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	200	22,80
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugolfärbung- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z.B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	250	28,50
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4759	Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	28,50

b. Züchtung

	Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	250	28,50
--	--	-----	-------

Katalog

4760	Amöben		
4761	Lamblien		
4762	Trichomonaden		
4763	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		

c. Identifizierung

	Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung	120	13,68
--	---	-----	-------

Katalog

4765	Trichomonaden		
4766	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		

4768	Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	28,50
------	---	-----	-------

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	28,50
---	-----	-------

Katalog

4770	Trypanosoma cruzi
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

Allgemeine Bestimmung

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

4780	Isolierung von Nukleinsäuren	900	102,60
4781	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	17,10
4782	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	57,--
4783	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	57,--
4784	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,--
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	34,20
4786	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,--

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	217	24,74
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	289	32,95

4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z.B. Knochen mit Entkalkung)	289	32,95
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	289	32,95
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z.B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	289	32,95
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z.B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)	350	39,90
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	250	28,50
II. Zytologie			
4850	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.	87	9,92
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z.B. aus dem Genitale der Frau) - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.	130	14,82
4852	Zytologische Untersuchung von z.B. Punkttaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material -, je Untersuchungsmaterial	174	19,84
4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate	160	18,24
III. Zytogenetik			
4870	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - .	273	31,12
4871	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - .	289	32,95

4872	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung -gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - .	1950	222,30
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	3030	345,42

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

I. Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

Zähne

5000	Zähne, je Projektion	50	5,70
	Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.		
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	28,50
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	45,60

Finger oder Zehen

5010	jeweils in zwei Ebenen	180	20,52
5011	ergänzende Ebene(n)	60	6,84
	Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt. so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.		

Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe			
5020	jeweils in zwei Ebenen	220	25,08
5021	ergänzende Ebene(n)	80	9,12
Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt. so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.			
Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk			
5030	jeweils in zwei Ebenen	360	41,04
5031	ergänzende Ebene(n)	100	11,40
Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.			
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	18,24
Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.			
Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.			
5037	Bestimmung des Skeletalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung -	300	34,20
5040	Beckenübersicht	300	34,20
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	22,80
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	950	108,30
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	500	57,--
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	400	45,60
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	45,60
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	22,80

5098	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -	260	29,64
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	34,20
5101	ergänzende Ebene(n)	160	18,24
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	45,60
5106	ergänzende Ebene(n)	180	20,52
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	57,--
5111	ergänzende Ebene(n)	200	22,80
	Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.		
	Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.		
	Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.		
5115	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	45,60
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	29,64
5121	ergänzende Ebene(n)	140	15,96
2. Hals- und Brustorgane			
5130	Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen -	280	31,92
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	31,92
	Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5137	Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen	450	51,30
5139	Teil der Brustorgane	180	20,52
	Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.		
5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	100	11,40
3. Bauch- und Verdauungsorgane			
5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) -einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	550	62,70

5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokonstrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	700	79,80
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung -einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 -	1200	136,80
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalggebiet	300	34,20
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -	1300	148,20
5165	Monokonstrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -	700	79,80
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	1400	159,60
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en) -	1000	114,--
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	800	91,20
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -	1100	125,40
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	45,60
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.	300	34,20
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	57,--
5192	Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -	200	22,80
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -	600	68,40
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	200	22,80
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite	300	34,20

5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	300	34,20
5235	Refluxzystographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	500	57,--
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung -einschließlich Durchleuchtung(en) -	400	45,60

4. Spezialuntersuchungen

5260	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z.B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	400	45,60
	Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.		
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	34,20
	Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	51,30
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	17,10
5280	Myelographie	750	85,50
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	450	51,30
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahleneinrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	74,10
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	27,36
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)		
	Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.		

5. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	228,--
------	---	------	--------

5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.	400	45,60
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	68,40
5303	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	1000	114,--
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.	200	22,80
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	34,20
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	228,--
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	600	68,40
5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig. Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	800	91,20
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	1800	205,20
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	68,40
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	114,--
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	68,40
5313	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.	800	91,20
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	2200	250,80

	Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.	3000	342,--
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	400	45,60
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.	600	68,40
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	2400	273,60
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	342,--
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	45,60
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.	1000	114,--
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	1200	136,80
5329	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	1600	182,40
5330	Venographie einer Extremität	750	85,50
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	22,80
5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der	800	91,20

	Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.		
5338	Lymphographie, je Extremität	1000	114,--
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) -, insgesamt	250	28,50

6. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2800	319,20
	Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
	Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden.		
	Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.		
5346	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	68,40
	Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
5348	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	3800	433,20
	Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
	Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach		

Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.

5349	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	1000	114,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde -	500	57,--
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	114,--
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2000	228,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt	200	22,80
	Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2000	228,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.		
5356	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2500	285,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.		

	Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.		
5357	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet	3500	399,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.		
5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet	4500	513,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.		
5359	Embolisation der Vena spermatica - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2500	285,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5360	Embolisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2000	228,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5361	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	2600	296,40
	Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

5369	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	3000	342,--
------	--	------	--------

	Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.		
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs -	2000	228,--
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals-und/oder Thoraxbereich	2300	262,20
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	296,40
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	216,60
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen -	1900	216,60
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	228,--
	Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.		
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 -	500	57,--
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse -einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion -	800	91,20
	Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	1000	114,--
	Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.		
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	300	34,20

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

1. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen. Bei der Auswahl des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind wissenschaftliche Erkenntnisse und strahlenhygienische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung berechnungsfähig.

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

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile -	350	39,90
5401	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - einschließlich quantitativer Untersuchung -, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance- Äquivalent - einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z.B. Bestimmung der injizierten Aktivität) -	1300	148,20
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) -	1000	114,--
	Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit (hoch)131J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -	1200	136,80
	Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		

b. Gehirn

5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	136,80
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	102,60
	Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.		

c. Lunge

5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt	1300	148,20
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	148,20

d. Herz

5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	1200	136,80
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	3800	433,20
	Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.		
5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	1000	114,--
	Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	2000	228,--
5424	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation -gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	2800	319,20
	Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.		

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	2250	256,50
5426	Teilkörperskelettszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	1260	143,64
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenzintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -	400	45,60
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen -einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	2250	256,50

f. Tumorszintigraphie

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

5430	eine Region	1200	136,80
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)	2250	256,50

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

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

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

g. Nieren

5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards -	2800	319,20
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren -einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung -	1600	182,40
5442	Statische Nierenzintigraphie	600	68,40
Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.			
5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 - mit Angabe der Indikation (z.B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) -	700	79,80

5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen -	1000	114,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.		

h. Endokrine Organe

5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse -	1000	114,--
	Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.		
	Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).		
	Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.		

i. Gastrointestinaltrakt

5455	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z.B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage - gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung -, Gallenwege - gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux -, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	1300	148,20
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	148,20

j. Hämatologie, Angiologie

5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten -gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	900	102,60
	Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.		
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	2200	250,80
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -	2200	250,80
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	57,--
	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern		
5465	eine Region	1260	143,64
5466	Ganzkörper	2250	256,50

(Stamm und Extremitäten) Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehr berechnungsfähig.

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

k. Resorptions- und Exkretionsteste

5470	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum -	950	108,30
------	---	-----	--------

l. Sonstige

5472	Szintigraphische Untersuchungen (z.B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z.B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung - auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle -	950	108,30
5473	Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurfraction aus Erster-Radionuklid-Passage) - Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.	900	102,60
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	153,90

m. Mineralgehalt

5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonenabsorptionstechnik	300	34,20
------	--	-----	-------

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

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

5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/ Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	750	85,50
5481	Sequenzszintigraphie - mindestens sechs Bilder in schneller Folge -	680	77,52
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	77,52

5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen (z.B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten), - einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen -	1300	148,20
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler -gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaskpektren -	980	111,72

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	136,80
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	228,--
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	6000	684,--
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	7500	855,--

2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)

5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	282,72
5602	Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350	153,90
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	123,12
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	2700	307,80
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	2250	256,50
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts -einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen - Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.	900	102,60
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität - Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.	1620	184,68

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beachten.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	4400	501,60
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	478,80

5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	490,20
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	501,60
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	456,--
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	273,60
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	456,--
	Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.		
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	114,--
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	114,--
	Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	91,20
	Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	684,--
	Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.		

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	28,50
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.		
Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)			
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	22,80
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	11,40
	Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
	Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.		
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	114,--
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	228,--

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	22,80
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.		
5812	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion	190	21,66
	Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.		
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	900	102,60

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	171,--
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).		
5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	500	57,--
	Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung und Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	228,--
	Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	720	82,08
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,68
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	1000	114,--
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,68

4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen. Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

5840	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	171,--
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und		

	Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).		
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsreihe	2000	228,--
	Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	300	34,20
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	114,--
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	239,40
5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken			
5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung -	6900	786,60
	Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.		
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	114,--
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	228,--
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	283,86
	Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	786,60
P. Sektionsleistungen			
6000	Vollständige innere Leichenschau - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	1710	194,94
6001	Vollständige innere Leichenschau, die zusätzliche besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z.B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) -einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	2300	262,20
6002	Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort der Exhumierung - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	3200	364,80
6003	Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	739	84,25

6010	Makroskopische neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche - einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	400	45,60
6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -, je untersuchtes Organ	242	27,59
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -, je Knochen	300	34,20
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau -einschließlich Beurteilung des Befundes -	1045	119,13
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau -einschließlich des Befundes -	300	34,20