

# Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit verkürzten Leistungsbezeichnungen\* - Kurz-GOÄ -

(Stand: 1. Januar 2003)

## § 1 Anwendungsbereich

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

## § 2 Abweichende Vereinbarung

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

## § 3 Vergütungen

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

## § 4 Gebühren

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.
- (2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht
- Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
  - Visiten nach den Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
  - Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,
- wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche

Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

(2a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist. Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.

## § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

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

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

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

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

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

und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

## § 5 a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

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

## § 5 b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

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

## § 6 Gebühren für andere Leistungen

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

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

## § 6 a Gebühren bei stationärer Behandlung

- (1) Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.
- (2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

## § 7 Entschädigungen

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

## § 8 Wegegeld

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

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

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

#### § 9

##### Reiseentschädigung

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

#### § 10

##### Ersatz von Auslagen

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

- die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

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

#### § 11

##### Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

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

#### § 12

##### Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

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

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

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

# Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

## Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte

### A.

#### gebühren in besonderen Fällen

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

### B.

#### Grundleistungen und allgemeine Leistungen

##### Allgemeine Bestimmungen

- Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
- Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.

Bei den Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7 und/ oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nr. 3 generell zu begründen.

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

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

#### I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

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

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

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

Die Leistung nach Nr. 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801.

Eine mehr als einmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
4	Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en)  <i>Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82					B	Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr	180	10,49
5	Symptombezogene Untersuchung  <i>Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>	80	4,66					C	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr  <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus)  <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere:</i> – bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds; – bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs; – bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus; – bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden; – bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen. <i>Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	100	5,83					D	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag  <i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82
				8	Ganzkörperstatus  <i>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. Die Leistung nach Nr. 8 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i>	260	15,15	K 1	Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99
				11	Digitaluntersuchung Mastdarm / Prostata	60	3,50	<b>III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen</b>			
				15	Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken  <i>Die Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 15 ist die Leistung nach Nr. 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49	20	Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten)  <i>Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>	120	6,99
				<b>II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8</b>				21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung  <i>Die Leistung nach Nr. 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nr. 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 21 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>	360	20,98
				Allgemeine Bestimmungen				22	Eingehende Beratung einer Schwangeren  <i>Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49
				Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.				23	Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft  <i>Neben der Leistung nach Nr. 23 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)  <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i> – bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatele;	160	9,33	A	Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde  <i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>	70	4,08	24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf  <i>Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>	200	11,66

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung  <i>Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	200	11,66		<i>Die Leistung nach Nr. 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>			48	Besuch, Pflegestation  <i>Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	120	6,99
26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind  <i>Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	450	26,33	34	Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten)  <i>Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49	50	Besuch mit Beratung und Untersuchung  <i>Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65
27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau  <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 27 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65	<b>IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz</b>				51	Mitbesuch eines weiteren Kranken  <i>Die Leistung nach Nr. 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 51 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	250	14,57
28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann  <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 28 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>	280	16,32	45	Visite im Krankenhaus  <i>Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>	70	4,08	52	Besuch durch nichtärztliches Personal  <i>Die Pauschalgebühr nach Nr. 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i>	100	5,83
29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen  <i>Neben der Leistung nach Nr. 29 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	440	25,65		<i>Die Leistung nach Nr. 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>			55	Begleitung eines Patienten durch den Arzt  <i>Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i>	500	29,14
30	Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde)  <i>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>	900	52,46	46	Zweitvisite im Krankenhaus  <i>Die Leistung nach Nr. 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>	50	2,91	56	Verweilen, je angefangene halbe Stunde  <i>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.</i>	180	10,49
31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)  <i>Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 31 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>	450	26,23		<i>Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Kranken-</i>			60	Konsiliarische Erörterung  <i>Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Kranken-</i>	120	6,99
32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	400	23,31								
33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<i>hausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).</i>				<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>			104	Bulbusentnahme beim Toten	250	14,57
61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde	130	7,58	H	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	340	19,82	105	Hornhautentnahme aus einem Auge beim Toten	230	13,41
	<i>Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigten Ärzte erfolgt.</i>				<i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden. Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			107	Entnahme eines Herzschrittmachers beim Toten	220	12,82
62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74	J	Zuschlag, Belegarzt-Visite, je Tag	80	4,66	<b>C.</b>			
	<i>Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.</i>			K 2	Zuschlag zu den Nrn. 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99	<b>NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN</b>			
<b>V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62</b>				<b>VI. Berichte, Briefe</b>				<b>I. Anlegen von Verbänden</b>			
Allgemeine Bestimmungen				70 Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung				Allgemeine Bestimmung			
Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.				75 Ausführlicher schriftlicher Bericht				Wundverbände nach Nr. 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.			
Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.				76 Schriftlicher, individueller Diätplan				200 Verband			
E	Zuschlag, unverzüglich erfolgte Ausführung	160	9,33	77	Schriftliche, individuelle Planung/Leitung einer Kur	150	8,74	201	Klebeverband des Brustkorbs	65	3,79
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nrn. 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>			204	Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskrawattenverband/ Kompressionsverband	95	5,54
F	Zuschlag, zwischen 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	260	15,15	78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	180	10,49	206	Tape-Verband, kleines Gelenk	70	4,08
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	207	Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband	100	5,83
G	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	450	26,23	85	Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	208	Stärke- oder Gipsfixation	30	1,75
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			90	Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch	120	6,99	209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung	150	8,74
<b>VII. Todesfeststellung</b>				<b>VIII. Todesfeststellung</b>				<b>II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen</b>			
Allgemeine Bestimmung				Allgemeine Bestimmung				Allgemeine Bestimmungen			
Bergibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nrn. 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.				95 Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite				Die Leistungen nach den Nrn. 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.			
				96 Schreibgebühr, je Kopie				Die Leistungen nach den Nrn. 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.			
				100 Leichenschau				Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.			
				102 Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten							

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





Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	<b>II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen</b>				554	Hydroelektrisches Vollbad	91	5,30	
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07	505	Atmungsbehandlung	85	4,95	555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	
453	Vollnarkose	210	12,24	506	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung	120	6,99	558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99	
460	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	23,55	507	Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung	80	4,66	<b>VII. Lichttherapie</b>				
461	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77	508	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41	560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	1,81	
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73	509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	2,21	<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>				
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28	510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	4,08	561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	1,81	
469	Kaudalanästhesie	250	14,57	<i>Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.</i>				562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	2,68	
470	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	23,31	514	Extensionsbehandlung, Wärmetherapie und Massage	105	6,12	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>				
471	Lumbalanästhesie/ periduralen Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	34,97	515	Extensionsbehandlung	38	2,21	563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	2,68	
472	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	46,63	516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/Perlgerät	65	3,79	564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	5,30	
473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	34,97	518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99	565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99	
474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	52,46	<b>III. Massagen</b>				566	Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag	500	29,14	
475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zur Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	26,23	520	Teilmassage	45	2,62	567	Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30	
476	Armplexus-/Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde	380	22,15	521	Großmassage, je Sitzung	65	3,79	569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75	
477	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07	522	Bindegewebsmassage/ Periostmassage/ manuelle Lymphdrainage	65	3,79	<b>F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE</b>				
478	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	13,41	523	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	2,04	600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	4,25	
479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,07	525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21	601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56	
480	Blutdrucksenkung während Narkose	222	12,94	526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	94	5,48	602	Oxymetrische Untersuchung	152	8,86	
481	Hypothermie während Narkose	475	27,69	527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	5,48	603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes	90	5,25	
483	Lokalanästhesie, tiefere Nasenschnitte/ Rachen	46	2,68	<b>IV. Hydrotherapie und Packungen</b>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>				
484	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	2,68	530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04	604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	160	9,33	
485	Lokalanästhesie, Trommelfell/ Paukenhöhle	46	2,68	531	Ansteigendes Teilbad	46	2,68	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nr. 604 sind die Leistungen nach den Nrn. 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>				
488	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	2,68	532	Ansteigendes Vollbad	76	4,43	605	Ruhe-spirographische Untersuchung	242	14,11	
489	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/ Kehlkopf/ Rachen	145	8,45	533	Subaquales Darmbad	150	8,74	605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	8,16	
490	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	3,56	<b>V. Wärmebehandlung</b>				606	Spiroergometrische Untersuchung	379	22,09	
491	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	7,05	535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	1,92	607	Residualvolumenbestimmung	242	14,11	
493	Leitungsanästhesie, perineural	61	3,56	536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	2,97	608	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung, insgesamt	76	4,43	
494	Leitungsanästhesie, endoneural	121	7,05	538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	609	Bestimmung der Sekundenkapazität	182	10,61	
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05	539	Ultraschallbehandlung	44	2,56	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				
497	Sympathikusblockade (lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	12,82	<b>VI. Elektrotherapie</b>				610	Ganzkörperplethysmographie	605	35,26	
498	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	17,49	548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung	37	2,16	<i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>				
<b>E. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN</b>				549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	3,21	611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit	605	35,26	
Allgemeine Bestimmungen				551	Reizstrombehandlung	48	2,80	612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/ Atemwegwiderstand	757	44,12	
In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.				<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nrn. 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höher bewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>								
<b>I. Inhalationen</b>				552	Iontophorese	44	2,56					
500	Inhalationstherapie	38	2,21	553	Vierzellenbad	46	2,68					
501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	5,01									
<i>Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.</i>												

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75
614	Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung	150	8,74					659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31
615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode	227	13,23	630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle	908	52,92	660	Phonokardiographische Untersuchung, mit EKG-Kontrolle/ Karotispulskurve/apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66
616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung	303	17,66		<i>Die Kosten für den Einshwemm-katheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	30,89
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>							665	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechsellapparat	121	7,05
617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	19,88					666	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechsellapparat mit Kohlen-säurebestimmung	227	13,23
620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten	152	8,86	631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle - Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle	1110	64,70	669	Ultraschallchographie, Gehirn	212	12,36
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			632		1210	70,53	670	Einführung einer Magenverweilsonde	120	6,99
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	7,40		<i>Die Kosten für den Einshwemm-katheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			671	Ausheberung des Magensaftes	120	6,99
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61					672	Ausheberung des Duodenalsaftes	120	6,99
623	Flüssig-Kristall-Thermographie	140	8,16					674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	370	21,57
	<i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>							675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	16,03
624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung	330	19,23	634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	676	Gastroskopie	800	46,63
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>			635	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung	227	13,23		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		
626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1000	58,29	636	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung nach Belastung	379	22,09	677	Bronchoskopie/Thoraskopie	600	34,97
	<i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 626 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			637	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	13,23	678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	52,46
627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1500	87,43	638	Punktueller Arterien-/Venenpuls-schreibung	121	7,05	679	Mediastinoskopie, mit Probe-exzision/-punktion	1100	64,12
	<i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 627 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			639	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	26,46	680	Ösophagoskopie, mit Probe-exzision/-punktion	550	32,06
628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360	800	46,63	640	Phlebodynamometrie	650	37,89	681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/Probeexzision/-punktion	825	48,09
	<i>Die Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			641	Venenverschluss-plethysmogra- phie	413	24,07	682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	49,54
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	2000	116,57	642	Venenverschluss-plethysmogra- phie mit reaktiver Hyperämiebe- lastung	554	32,29	683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	1000	58,29
	<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			643	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/Venen	120	6,99	684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	69,94
				644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	10,49	685	Duodeno-/Jejuno-/Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Probe-exzision/-punktion	1350	78,69
				645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	37,89	686	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
				646	Hypoxietest	605	35,26	687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
				647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	12,82	688	Partielle Koloskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	900	52,46
				648	Messung zentraler Venen-/Arterien- druck mit Röntgenkontrolle	605	35,26	689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	40,80
				649	Transkranielle Doppler-Sonographie	650	37,89	690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	350	20,40
				650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	8,86	691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagus-varizen	1400	81,60
				651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/Steinentfernung	1900	110,75
				652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	25,94	692a	Drainage, Platzierung in den Gallen-/Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	23,31
				653	EKG, telemetrisch	253	14,75	693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	17,49
					<i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	29,14
				654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	8,74	695	Polyphen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31
				655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	8,86	696	Polyphen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	11,66
				656	EKG, mittels intrakavitärer Ableitung, mit Röntgenkontrolle	1820	106,08	697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Röntgenkontrolle/Probeexzision/-punktion	400	23,31



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung, mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62	1003	Interne kardiokardiographische Untersuchung	379	22,09		<i>Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.</i>		
849	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten	230	13,41		<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nr. 1001 nicht berechnungsfähig.</i>			1060	Ausräumung Blasenmole/missed abortion	924	53,86
855	Projektive Testverfahren	722	42,08	1010	Amnioskopie	148	8,63	1061	Abtragung Hymen/Eröffnung Hämatookolpos	185	10,78
856	Standardisierte Intelligenz-/Entwicklungstests	361	21,04	1011	Amniozentese, mit Fruchtwasserentnahme	266	15,50	1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 856 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>			1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31	1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum 10. Lebensjahr	240	13,99
857	Orientierende Testuntersuchungen	116	6,76	1013	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung	178	10,38	1070	Kolposkopie	73	4,25
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 857 sind die Leistungen nach den Nrn. 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>			1014	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung, mittels Amnioskopie	296	17,25	1075	Vaginale Behandlung	45	2,62
860	Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62	1020	Gebärmutterhals-Dehnung bei einer Geburt	148	8,63	1080	Fremdkörper-Entfernung aus der Scheide eines Kindes	106	6,18
	<i>Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 860 sind die Leistungen nach den Nrn. 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>			1021	Beistand bei einer Geburt, Kunst- hilfe ohne Beendigung auf natür- lichem Weg, mindestens zwei Stunden	266	15,50	1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung	59	3,44
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22	1022	Beistand bei einer Geburt, Kunst- hilfe mit Beendigung auf natür- lichem Wege	1300	75,77	1082	Ausstopfung der Gebärmutter/ Scheide zur Blutstillung	178	10,38
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehand- lung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	1025	Entbindung durch Manualextraktion	554	32,29	1083	Kauterisation Portio/Zervix	70	4,08
863	Analytische Psychotherapie, Einzel- behandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22	1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	832	48,50	1084	Thermokoagulation Portio/Zervix	118	6,88
864	Analytische Psychotherapie, Grup- penbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	1027	Entbindung durch Zange	832	48,50	1085	Kryochirurgie, Vaginalbereich	296	17,25
865	Behandlungsbesprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	345	20,11	1028	Äußere Wendung	370	21,57	1086	Konisation der Portio	296	17,25
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehand- lung, mindestens 50 Minuten	750	43,72	1029	Innere/kombinierte Wendung, auch mit Extraktion	1110	64,70	1087	Einlegen/Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehand- lung, mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74	1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57	1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42
	<i>Bei einer Sitzungsdauer von min- destens 100 Minuten kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.</i>				<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i>			1089	Operative Entfernung eines einge- wachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99
885	Eingehende psychiatrische Unter- suchung bei Kindern/Jugendlichen	500	29,14	1031	Entbindung durch Perforation/ Embryotomie, mit Extraktion	1950	113,66	1090	Einlegen/Wechseln eines Okklusiv- pessars	52	3,03
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 40 Minuten	700	40,80	1032	Schnittentbindung von der Scheide/ den Bauchdecken aus	2310	134,64	1091	Einlegen/Wechseln eines Intrauterin- pessars	106	6,18
887	Psychiatrische Behandlung in Grup- pen bei Kindern/Jugendlichen, min- destens 60 Minuten, je Teilnehmer	200	11,66	1035	Operation der Uterusruptur, ohne Uterusexstirpation	2030	118,32	1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03
				1036	Operation der Uterusruptur, mit Uterusexstirpation	2770	161,46	1095	Operative Reposition der umge- stülpten Gebärmutter	2310	134,64
				1040	Reanimation eines asphyktischen Neu geborenen	350	20,40	1096	Gebärmutterhals-Dehnung	148	8,63
				1041	Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff	824	48,03	1097	Gebärmutterhals-Schnitt	296	17,25
				1042	Behandlung einer nachgeburtlichen Blutung durch innere Eingriffe	554	32,29	1098	Durchtrennung/Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25
				1043	Naht des Gebärmutterhalses	620	36,14	1099	Operative Behandlung der Hämato-/Pyometra	647	37,71
				1044	Naht der weichen Geburtswege	420	24,48	1102	Entfernung von Polypen/Abrasio, Gebärmutterhals-/Muttermund, Probeexzision, Gebärmutterhals/ Muttermund/ Vaginalwand, mit Abrasio/Polypentfernung	148	8,63
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 1044 ist die Leistung nach Nr. 1096 nicht berechnungsfähig.</i>			1103	Probeexzision, Gebärmutterhals/ Muttermund/ Vaginalwand, mit Abrasio/Polypentfernung	185	10,78
				1045	Naht eines vollkommenen Damm- risses	924	53,86	1104	Ausschabung/Absaugung, Gebärmutterhöhle/Gebärmutterhals, mit Probeexzision/Polypentfer- nung	647	37,71
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 1045 ist die Leistung nach Nr. 1044 nicht berechnungsfähig.</i>			1105	Zytologie-Abstrich, Gebärmutter- höhle	180	10,94
				1048	Operation einer Extrauterin- schwangerschaft	2310	134,64	1110	Hysteroskopie	444	25,88
				1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren	296	17,25	1111	Hysteroskopie, mit Operation	739	43,07
				1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt/Fehlgeburt	296	17,25	1112	Tubendurchblasung	296	17,25
				1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78	1113	Tubendurchblasung, mit Druck- schreibung	420	24,48
				1052	Beistand bei einer Fehlgeburt, Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07	1114	Insemination	370	21,57
				1055	Schwangerschaftsabbruch, bis 12. Schwangerschaftswoche	800	46,63	1120	Operation eines alten unvollkom- menen Dammrisses	647	37,71
				1056	Schwangerschaftsabbruch, ab 13. Schwangerschaftswoche	1200	69,94	1121	Operation eines alten vollkom- menen Dammrisses	1660	96,76
					<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1055 und 1056 ist die intra- vaginale oder intrazervikale</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 1121 ist die Leistung nach Nr. 1126 nicht berechnungsfähig.</i>		
				1001	Tokographische Untersuchung	120	6,99	1122	Operation eines alten Gebärmutter- halsrisses	739	43,07
				1002	Externe kardiokardiographische Untersuchung	200	11,66	1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide	2770	161,46
								1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehl- bildung im Kindesalter	2270	132,31
								1124	Plastische Operation bei Fehlen der Scheide	3700	215,66
								1125	Vordere Scheidenplastik	924	53,86
								1126	Hintere Scheidenplastik, mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
								1127	Vordere und hintere Scheiden- plastik, mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
								1128	Scheiden- und Portioplastik, mit Beckenbodenplastik	2220	129,40

## H.

### GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

#### Allgemeine Bestimmungen

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

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1322	Operation des Flügelbells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernelverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01	1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43
1323	Elektrolytische Epilation von Wimperhaaren, je Sitzung	67	3,91	1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27	1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	6,94
1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/Lederhautwunde	230	13,41	1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32	1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70	1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/Seitenstrang, auch beidseitig	36	2,10
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/Lederhautverletzung	1850	107,83	1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors	2770	161,46	1438	Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	188,27	1382	Goniotrepanation/Trabekulektomie/Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	1439	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57
1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07	1383	Vitrektomie/Glaskörperstrangdurchtrennung	2500	145,72	1440	Operative Entfernung, einzelne Nasenpolypen einer Nasenseite	130	7,58
1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	32,29	1384	Vordere Vitrektomie	830	48,38	1441	Operative Entfernung, mehrere Nasenpolypen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25
1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70	1386	Aufnahmen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19	1445	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand	463	26,99
1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	43,07	<b>J.</b> <b>HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE</b>				1446	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	43,07
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26	1400	Genaue Hörprüfung	76	4,43	1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63	1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50	1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14
1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78	1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1449	Plastische Operation bei ekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41	1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33
1345	Hornhautplastik	1660	96,76	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>				1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46	1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	3,67	1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61	1406	Kinderaudiometrie	182	10,61	1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06
1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>				1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52
1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83	1407	Impedanzmessung, Trommelfell/Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	10,61	1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57
1350	Staroperation	2370	138,14	1408	Audiodielektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19
1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46	1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92	<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>				1465	Punktion einer Kieferhöhle	119	6,94
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50	1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	5,30	1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	10,38
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40	1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	23,72
1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70	1414	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen	42	2,45	1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	17,25
1356	Eröffnung/Spülung/Wiederherstellung der Augenvorderkammer	370	21,57	1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/Paukenhöhle	91	5,30	1469	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	32,29
1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57	1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	1470	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenmuschel/Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	43,07
1358	Zyklodialyse/Iridektomie	1000	58,29	1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	86,27
1359	Zyklodiatthermie-Operation/Kryozyklothermie-Operation	500	29,14	1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum/Stimmbänder	180	10,49	1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94
1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>				1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83	1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	2,91	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungsfähig.</i>			
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61	1426	Ausstopfung der Nase von vorn/hinten	100	5,83	1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38
1365	Lichtkoagulation bei Netzhautablösung/-blutung, je Sitzung	924	53,86	1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	5,54	1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/Stirnhöhle	59	3,44
1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70	1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	21,57	1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen	2220	129,40								
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61								
1369	Koagulation/Lichtkaustik, Netz-/Aderhauttumor	1850	107,83								
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86								
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19								
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83								
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70								
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernelverflüssigung										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1485	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbeinzellen, von außen	924	53,86	1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40	1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/des Labyrinthes/ eines Hirnabszesses	2770	161,46
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70	1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	215,66	1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	96,76
1487	Radikaloperation, Stirnhöhle/Siebbeinzellen, von außen	1480	86,27	1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie	2770	161,46	1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	161,46
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83	1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07	1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	75,19	1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	86,27
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	17,25	1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	17,49	1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	64,70
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70	1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie	3000	174,86	1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	136,98
1496	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	129,40	1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1614	Tympanoplastik mit Interposition/ und Aufbau der Gehörknöchelchenkette	3140	183,02
1497	Tränensackoperation, vom Naseninnern aus	1110	64,70		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>			1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	2,56	1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	64,70
1499	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	26,99	1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18	1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	40,80
1500	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	43,07	1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflösen, je Sitzung	148	8,63	1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	136,98
1501	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41	1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	136,98
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63	1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1625	Fazialisdekompression	2220	129,40
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78	1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62	1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	77,52
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26	1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	1628	Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	43,07
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	5,42	1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	1629	Extraduraler/transsympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	215,66
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99	1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	10,78	1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	43,07
1510	Schlitzung, Parotis-/Submandibularis-Ausführungsgang	190	11,07	1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	4,31	1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	51,07
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78	1570	Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	148	8,63	1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Große/Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60
1512	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	64,70	1575	Inzision des Trommelfells	130	7,58	1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57	1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage	320	18,65	1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29
1514	Entfernung der Zunge	2220	129,40	1577	Einsetzen/Auswechseln Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	2,62				
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	2,33				
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle	70	4,08				
1520	Exstirpation der Unterkiefer-/Unterzungspeicheldrüse	900	52,46	1580	Galvanokautik, Gehörgang/Paukenhöhle	89	5,19				
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	107,83	1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	7,58				
1522	Parotisekstirpation	2000	116,57	1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25				
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf	46	2,68	1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	554	32,29				
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43	1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	1,75				
1527	Galvanokautik/Elektrolyse/Kürettment im Kehlkopf	370	21,57	1590	Katheterismus der Ohrtrumpete, auch beidseitig	74	4,31				
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29	1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33				
1529	Intubation/ Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf	152	8,86	1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83				
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61	1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27				
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61	1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,7				
	<i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i>			1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	96,76				
1533	Schwebe-/Stützlarngoskopie	500	29,14								
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99								
1535	Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf	647	37,71								
1540	Endolaryngeale Resektion/ frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83								
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02								
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83								
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17								
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes, mit Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	107,83								

**K. UROLOGIE**

Allgemeine Bestimmungen

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

1700	Spülung der männlichen Harnröhre	45	2,62
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung	74	4,31
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung	178	10,38
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	3,44
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1712	Endoskopie der Harnröhre	119	6,94	1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27	1800	Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27
1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	17,25	1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07	1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkörpern, Koagulation von Geschwülsten, Fistelkatheter	1480	86,27
1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	13,41	1762	Inguinale Lymphknotenausräumung	1200	69,94	1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	17,94	1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29	1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81				
1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29	1765	Hodentfernung, einseitig	739	43,07				
1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70	1766	Hodentfernung, beidseitig	1200	69,94				
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	96,76	1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	26,99				
1724	Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	96,76	1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94				
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44	1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27				
1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung	104	6,06	1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86				
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16	1772	Entfernung beider Nebenhodens	1480	86,27				
	<i>Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nr. 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nr. 7 nicht berechnungsfähig.</i>			1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62				
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung	74	4,31	1776	Eröffnung eines Prostataabzesses, vom Damm aus	370	21,57	1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83
1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	4,31	1777	Elektro-/Kryoresektion der Prostata	924	53,86	1805	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion	1850	107,83
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			1778	Operative Entfernung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83	1806	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion/ Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40
1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33	1779	Totale Entfernung, Prostata/ Samenblasen	2590	150,96	1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23
1737	Meatomie	74	4,31	1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83	1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29	1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46	1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50	1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70	1812	Ureterverweilschiene/Ureterkatheter	340	19,82
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25	1783	Pelvine Lymphknotenausräumung	1850	107,83				
1741	Phimoseoperation	370	21,57	1784	Totale Entfernung der Prostata/ Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01				
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95	1785	Zystoskopie	207	12,07	1814	Harnleiterbougie	900	52,46
1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	32,29	1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	20,69	1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitzung des Harnleiterostiums	1110	64,70
1746	Operation einer Epispadie/ Hypospadiе	1110	64,70	1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69				
1747	Penisamputation	554	32,29	1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25				
1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistenröhren	2220	129,40	1789	Chromozystoskopie	325	18,94				
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72	1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	21,57	1816	Schlitzung des Harnleiterostiums	481	28,04
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52	1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung	148	8,63	1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/ Stanzungen, Glans penis/ Corpora cavernosa	924	53,86	1792	Uroflowmetrie	212	12,36	1818	Ureterektomie	2770	161,46
1752	Operative Implantation einer Penisstützprothese	2500	145,72	1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31	1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06					1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96
1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/ Skrotalfächer	180	10,49					1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10
1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	26,99					1825	Harnleiterplastik, mit Antirefluxplastik	2770	161,46
1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	48,50					1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99
1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29					1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70					1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43
1759	Transpenile/transskrotale Venenembolisation	2800	163,20					1829a	Harnleiterfreilegung	2590	150,96
				1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	39,64				
					<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>						
				1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Kathetereinlegung	273	15,91				
				1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07				
				1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase	355	20,69				
				1798	Urethradruckprofilmessung	550	32,06				
					<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nrn. 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			1830	Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeentnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70
				1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74	1831	Dekapsulation einer Niere/ Senkniierenoperation	1480	86,27
								1832	Operative Anlage einer Nierenfistel	1660	96,76
								1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81
								1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes	1480	86,27

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27	2007	Entfernung von Fäden/Klammern	40	2,33	2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes	1650	96,17
1836	Nierenpolresektion	2770	161,46	2008	Wund-/Fistelspaltung	90	5,25	2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76	2009	Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche	100	5,83	2084	Sehnscheidenstenosenoperation	407	23,72
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40	2010	Fremdkörper-Entfernung, tiefstehend in Weichteilen/Knochen	379	22,09	2087	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Teilentfernung Palmaraponeurose	924	53,86
1839	Nierenausfußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46	2015	Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen	60	3,50	2088	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmaraponeurose	1100	64,12
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46	<b>II. Extremitätenchirurgie</b>				2089	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmaraponeurose/Strangresektion an Fingern/Z-/Zickzackplastik	1800	104,92
1841	Nephrektomie	2220	129,40	2029	Anlegen einer Blutleere/-sperre, Extremität	50	2,91	2090	Spülung, Sehnscheidenpanaritium, je Sitzung	63	3,67
1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27	2030	Eröffnung, subkutanes Panaritium/Paronychie, mit Nagel-Extraktion	130	7,58	2091	Sehnscheidenradikaloperation	924	53,86
1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48	2031	Eröffnung, ossales Panaritium/Sehnscheidenpanaritium	189	11,02	2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72
1845	Implantation einer Niere	4990	290,85	2032	Anlage einer Spül-/Saugdrainage	250	14,57	2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48	2033	Nagel-Extraktion	57	3,32	<b>III. Gelenkchirurgie</b>			
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27	2034	Nagel-Ausrüttung, mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	Allgemeine Bestimmungen			
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40	2035	Plastische Operation am Nagelwall	180	10,49	Werden Leistungen nach den Nrn. 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.			
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01	2036	Anlegen einer Nagelspange	45	2,62	Neben den Leistungen nach den Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.			
1850	Explantation/plastische Versorgung/Replantation einer Niere	6500	378,87	2040	Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile	554	32,29	Die Leistungen nach den Nrn. 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.			
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86	2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik	700	40,80	2100	Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh	278	16,20
1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80	2042	Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung	1100	64,12	2101	Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/Hand/Fuß	554	32,29
1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94	2043	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	2102	Gelenkkapsel-Naht, Schulter/ Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel	1110	64,70
<i>Neben der Leistung nach Nrn. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i>				2044	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie	1700	99,09	2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk	1850	107,83
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27	2045	Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk	600	34,97	2104	Bandplastik des Kniegelenks	2310	134,64
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48	2050	Fingerverlängerung mittels Knochen- transplantation, mit Fernlappen- plastik	1800	104,92	2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk	550	32,06
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72	2051	Operation eines Ganglions, am Hand-/Fußgelenk	600	34,97	2106	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmose	1110	64,70
<b>L. CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE</b>				2052	Operation eines Ganglions, am Fingergelenk	554	32,29	2110	Synovektomie, Finger-/Zehengelenk	750	43,72
Allgemeine Bestimmungen				2053	Replantation eines Fingers	2400	139,89	2111	Synovektomie, Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
Zur Erbringung der in Abschnitt L. aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.				2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation/ Daumen- zeigefingerbildung bei Daumen- hypoplasie	2400	139,89	2112	Synovektomie, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 2990 oder Nr. 3135 zu kürzen.				2055	Replantation, Hand, im Mittelhand-/Handwurzel-/Unterarm- bereich	7000	408,01	2113	Synovektomie, Hüftgelenk	1850	107,83
<b>I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung</b>				2056	Replantation, Arm/Bein	8000	466,30	2117	Meniskusoperation	1480	86,27
2000	Erstversorgung, kleine Wunde	70	4,08	2060	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41	2118	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk	463	26,99
2001	Versorgung, kleine Wunde, mit Naht	130	7,58	2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060	74	4,31	2119	Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2002	Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht	160	9,33	2062	Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke	370	21,57	2120	Denervation, Finger-/Zehengelenk	650	37,89
2003	Erstversorgung, große/verunreinigte Wunde	130	7,58	2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2062	126	7,34	2121	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/ Fuß-/Kniegelenk	1300	75,77
2004	Versorgung, große Wunde, mit Naht	240	13,99	2064	Sehnen-/Fasziennäht-/Muskelver- längerung	924	53,86	2122	Resektion, Finger-/Zehengelenk	407	23,72
2005	Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht	400	23,31	2065	Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	250	14,57	2123	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fuß- gelenk	1110	64,70
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wund- versorgung ist.</i>				2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23	2124	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83
2006	Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde	63	3,67	2067	Operation, Hand-/Fußmißbildung	1660	96,76	2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40
				2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnelsyndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76	2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2770	161,46
				2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83	2130	Operative Versteifung, Finger-/ Zehengelenk	650	37,89
				2072	Offene Sehnen-/Muskeldurch- schneidung	463	26,99	2131	Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk	1300	75,77
				2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89	2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46
				2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12	2133	Operative Versteifung, Kniege- lenk	2100	122,40
				2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86	2134	Arthroplastik, Finger-/Zehengelenk	924	53,86
				2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne	950	55,37	2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/ Fußgelenk	1400	81,60
				2080	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99				
				2081	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/Kniegelenk	1660	96,76	2184	Anlegen von Halo-Extensionen bei Skoliosen/Kyphosen	1000	58,29	2233	Einrenkung, angeborene Luxation Hüftgelenk	550	32,06	
2137	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40	2189	Arthroskopische Operation, Meniskus, Entfernung/Teilresektion	1500	87,43	2234	Stellungsänderung/ Folgebehandlung bei Therapie nach Nr. 2233	473	27,57	
2140	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1000	58,29	2190	Arthroskopische Operation, Meniskus, Naht/Refixation	1800	104,92	2235	Operation, habituelle Luxation Kniegelenk	1660	96,76	
2141	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1800	104,92	2191	Arthroskopische Operation, Kreuz-/Seitenband am Kniegelenk	2000	116,57	2236	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kapselbandapparat	1850	107,83	
2142	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38	2192	Arthroskopische Operation, Zuschlag zu Nr. 2191 für weiteres Band desselben Kniegelenks	500	29,14	2237	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46	
2143	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	4860	283,28	2193	Arthroskopische Operation, Synovektomie an Knie-/Hüftgelenk	1800	104,92	2238	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27	
2144	Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	3600	209,83	2195	Zuschlag, weitere Operation an demselben Gelenk – zusätzlich zu Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49	2239	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation	1480	86,27	
2145	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	6480	377,70	2196	Diagnostische Arthroskopie bei Nrn. 2189 bis 2191, 2193	250	14,57	2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Knocheineinpflanzung/Beckenosteotomie	2770	161,46	
2146	Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	1800	104,92	<b>IV. Gelenkluxationen</b>				2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/Umstellungsosteotomie/Osteosynthese	4500	262,29	
2147	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	3240	188,85	Allgemeine Bestimmungen								
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie	2100	122,40	Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.								
2149	Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate	2770	161,46	2203	Einrenkung, Luxation Wirbelgelenk	739	43,07					
2150	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/Hüftpfanne	4980	290,27	2204	Einrenkung, alte Luxation Wirbelgelenk	1110	64,70					
2151	Endoprothetischer Totalersatz, Hüftpfanne/Hüftkopf	3700	215,66	2205	Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	93	5,42					
2152	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne/Hüftkopf	6660	388,19	2206	Einrenkung, alte Luxation Finger-/Zehengelenk	140	8,16	<b>V. Knochenchirurgie</b>				
2153	Endoprothetischer Totalersatz, Kniegelenks	3700	215,66	2207	Einrenkung, Luxation Daumengelenk	148	8,63	2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99	
2154	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks	6660	388,19	2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82	2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19	
2155	Eröffnung, vereitertes Finger-/Zehengelenk	148	8,63	2209	Einrenkung, Luxation Daumengelenk, mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57	2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83	
2156	Eröffnung, vereitertes Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	463	26,99	2210	Operative Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	407	23,72	2253	Knochenspanentnahme	647	37,71	
2157	Eröffnung, vereitertes Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbelgelenk	924	53,86	2211	Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	278	16,20	2254	Implantation von Knochen	739	43,07	
2158	Exartikulation, Finger/Zeh	370	21,57	2212	Einrenkung, alte Luxation Hand-/Fußgelenk	420	24,48	2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27	
2159	Exartikulation, Hand/Fuß	924	53,86	2213	Operative Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	1110	64,70	2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99	
2160	Exartikulation, Ellenbogen-/Kniegelenk	1110	64,70	2214	Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57	2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63	
2161	Exartikulation, Schultergelenk	1290	75,19	2215	Einrenkung, alte Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	540	31,48	2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94	
2162	Exartikulation, Hüftgelenk	1480	86,27	2216	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83	2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43	
2163	Operative Entfernung, Schultergürtelhälfte	1850	107,83	2217	Einrenkung, Luxation Schultergelenk	370	21,57	2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83	
2164	Operative Entfernung, Beckenhälfte, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	2218	Einrenkung, alte Luxation Schultergelenk	540	31,48	2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76	
2165	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	2219	Operative Einrenkung, Luxation Schultergelenk	1850	107,83	2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46	
2167	Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes	3200	186,52	2220	Operation, habituelle Luxation Schultergelenk	2250	131,15	2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83	
2168	Entfernung einer Kniegelenksendoprothese, mit Gelenk-Versteifung	3200	186,52	2221	Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk/ Knie Scheibe	111	6,47	2267	Knochenzerbrechung	463	26,99	
2170	Amputation, Finger/Zeh, mit plastischer Deckung	463	26,99	2222	Einrenkung, alte Luxation Schlüsselbeingelenk/ Knie Scheibe	170	9,91	2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92	
2171	Amputation, Finger-/Zehenstrahl in Mittelhand/-fuß, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2223	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk	400	23,31	2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92	
2172	Amputation, Mittelhand-/Mittelfußknochen, mit plastischer Deckung	924	53,86	2224	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese	800	46,63	2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86	
2173	Amputation, Unterarm/Untersehenkel/Oberarm, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2225	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese/Rekonstruktion des Bandapparat	1000	58,29	2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83	
2174	Amputation, Oberschenkel, mit plastischer Deckung	1290	75,19	2226	Einrenkung, eingeklemmter Meniskus/ Subluxation Radiusköpfchen/ Luxation Sternoklavikulargelenk	120	6,99	2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46	
2181	Lockerung/Streckung, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	227	13,23	2230	Operation, Luxation Knie Scheibe	900	52,46	2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46	
2182	Lockerung/Streckung, Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Kniegelenk	379	22,09	2231	Einrenkung, Luxation Hüftgelenk	739	43,07	2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05	
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel	740	43,13	2232	Einrenkung, alte Luxation Hüftgelenk	1110	64,70	2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeindefekt	3500	204,01	
								2279	Chemonukleolyse	600	34,97	
								2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16	
								2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60	
								2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27	
								2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83	

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29	2340	Olekranonverschraubung/ Verschraubung des Innen-/ Außenknochenbraches	554	32,29	2410	Operation, Mammatumor	739	43,07
2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27	2344	Osteosynthese/Exstirpation/ Teilexstirpation, Kniescheibe	1110	64,7	2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86
2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72	2345	Tibiakopfverschraubung/Verschrau- bung des Fersenbeinbraches	924	53,86	2412	Absetzen einer Brustdrüse/ Brustumskulatur	1400	81,60
2287	Operative Behandlung, Wirbel- säulenverkrümmungen, zusätz- liche Implantation metallische Aufspreiz-/Abstützvorrichtung	3700	215,66	2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20	2413	Absetzen einer Brustdrüse, mit Ausräumung Lymphstromgebiet	2310	134,64
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06	2347	Nagelung/Drahtung, gebrochener kleiner Röhrenknochen	370	21,57	2414	Reduktionsplastik, Mamma	2800	163,20
2289	Neueinpflanzung, Aufspreiz-/Ab- stützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15	2348	Nagelung/Drahtung, kleiner Röhren- knochen, bei offenem Knochenbruch	555	32,35	2415	Aufbauplastik, Mamma, mit Verschiebeplastik/Inkorporation Mammaprothese	2000	116,57
2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsäule, bei ventralem Zugang	2770	161,46	2349	Nagelung/Drahtung/Verschrau- bung, gebrochener großer Röhrenknochen	1110	64,70	2416	Aufbauplastik nach Mammaampu- tation, mit Inkorporation Mamma- prothese	3000	174,86
2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62	2350	Nagelung/Drahtung/Verschrau- bung, großer Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	1660	96,76	2417	Operative Entnahme/Implantation, Mamille	800	46,63
2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusam- menhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70	2351	Nagelung/Verschraubung, gebrochener Schenkelhals	1480	86,27	2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63
2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57	2352	Nagelung/Verschraubung, Schenkelhals, bei offenem Knochenbruch	2220	129,40	2419	Rekonstruktion einer Mamille	1200	69,94
2294	Steißbeinresektion	554	32,29	2353	Entfernung einer Nagelung/ Drahtung/Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78	2420	Implantation/operativer Austausch einer Mammaprothese	1100	64,12
2295	Exostosabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99	2354	Entfernung einer Nagelung/ Drahtung/Verschraubung aus großen Röhrenknochen	370	21,57	2421	Implantation, subkutanes Medikamentenreservoir	600	34,97
2296	Exostosabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86	2355	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch	1110	64,70	2422	Tiefreichende Entlastungsinzision, mit Drainage	400	23,31
2297	Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenk- plastik/Mittelfußosteotomie, ein- schließlich der Nrn. 2295 und 2296	1180	68,78	2356	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstel- lung nach Knochenbruch, nach Osteotomie mittels Nagelung/Ver- schraubung/Metallplatten/ äußeren Spanner	1480	86,27	2423	Eröffnung, oberflächlicher Abszess/ Furunkel	80	4,66
<b>VI. Frakturbehandlung</b>				2357	Operative Wiederherstellung, gebrochene Hüftpfanne	2770	161,46	2424	Eröffnung, disseminierte Abszesse der Haut	220	12,82
2320	Einrichtung, gebrochene Nase	189	11,02	2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen/gesprengte Symphyse/Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40	2425	Eröffnung, tief liegender Abszess	303	17,66
2321	Einrichtung, gebrochener Gesichts- knochen	227	13,23					2426	Eröffnung, Karunkel, mit Exzision	379	22,09
2322	Aufrichtung, gebrochener Wirbel	757	44,12					2427	Eröffnung, Phlegmone	473	27,57
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12					2428	Operative Entfernung, Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63
2324	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein	152	8,86					2429	Operative Korrektur, entstehende Gesichtsnarbe	400	23,31
2325	Einrichtung, gebrochenes Schlüssel- bein, mit Nagelung/Drahtung	567	33,05					2430	Implantation alloplastischen Mate- rials zur Weichteilunterfütterung	900	52,46
2326	Einrichtung, gebrochenes Schulter- blatt/Brustbein	227	13,23					2431	Entfernung, Narbengewebe am Augenlid, vor Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63
2327	Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen	473	27,57					2432	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49
2328	Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen	341	19,88					2433	Operation des Rhinophyms	600	34,97
2329	Einrichtung, gebrochenes Becken	473	27,57					2434	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung	2500	145,72
2330	Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen	757	44,12					2435	Exstirpation einer Fettschürze	1400	81,60
2331	Einrichtung, gebrochener Knochen Handwurzel/Mittelhand/Fußwur- zel/Mittelfuß	227	13,23					2436	Operation, Lymphödem einer Extremität	2000	116,57
2332	Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/luxierter Wirbel- körper/Wirbelgelenk	2500	145,72					2437	Operative Entfernung, überstehen- des Fettgewebe einer Extremität	924	53,86
2333	Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/luxier- te Wirbelkörper/Wirbelgelenke	3700	215,66								
2334	Operative Stabilisierung, eine Brustwandseite	2800	163,20								
2335	Einrichtung, gebrochene Kniescheibe/Unterschenkelknochen	473	27,57								
2336	Operative Einrichtung, gebrochene Kniescheibe	650	37,89								
2337	Einrichtung, gebrochene Finger- end-/Zehenknochen	76	4,43								
2338	Einrichtung, gebrochene Finger- grund-/Fingermittel-/Großzehen- knochen	152	8,86								
2338a	Operative Einrichtung, gebrochener Finger-Endgliedknochen, mit Fixation durch Osteosynthese	185	10,78								
2339	Einrichtung, gebrochene Finger- grund-/Fingermittel-/Großzehen- knochen, mit Osteosynthese	379	22,09								
				<b>VII. Chirurgie der Körperoberfläche</b>							
				2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	<b>VIII. Neurochirurgie</b>			
				2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57				
				2382	Schwierige Hautlappenplastik/ Spalthauttransplantation	739	43,07				
				2383	Vollhauttransplantation	1000	58,29				
				2384	Knorpeltransplantation	739	43,07				
				2385	Transplantation, haartragendes Hautimplantat	1200	69,94				
				2386	Schleimhauttransplantation	688	40,10				
				2390	Deckung eines großen Hautdefek- tes mit Hauttransplantaten	1330	77,52				
				2391	Freie Verpflanzung eines Haut- lappens, in mehreren Sitzungen	1500	87,43				
				2392	Anlage eines Rundstielappens	900	52,46				
				2392a	Exzision einer großen Narbe	1000	58,29				
				2393	Implantation eines Rundstiel- lappens	739	43,07				
				2394	Implantation eines Rundstiel- lappens, mit Modellierung	2200	128,23				
				2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72				
				2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46				
				2397	Operative Ausräumung, ausgedehntes Hämatom	600	34,97				
				2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses	111	6,47				
				2401	Probeexzision aus oberflächlichem Körpergewebe	133	7,75				
				2402	Probeexzision aus tief liegendem Körpergewebe	370	21,57				
				2403	Exzision, kleine Geschwulst, Haut/Schleimhaut	133	7,75				
				2404	Exzision, großes Geschwulst	554	32,29				
				2405	Entfernung, Schleimbeutel	370	21,57				
				2407	Exzision, ausgedehnte/blutreiche Geschwulst, mit Ausräumung des Lymphstromgebietes	2310	134,64				
				2408	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Axilla	1100	64,12				
								2500	Hebung, gedeckte Impressions- fraktur, Schädel	1850	107,83
								2501	Operation, offene Impressions-/ Splittterfraktur, Schädel	3100	180,69
								2502	Operation, epidurales Hämatom	2750	160,29
								2503	Operation, frische Hirnverletzung mit subduralem/intrazerebralem Hämatom	5250	306,01
								2504	Operation, offene Hirnverletzung, mit Dura-/Kopfschwartentplastik	4500	262,29
								2505	Operation, subdurales Hygrom/ Hämatom beim Kleinkind	3000	174,86
								2506	Exstirpation, chronisches subdurales Hämatom, mit Kapsel- entfernung	3750	218,58
								2507	Entleerung/Bohrlochtrepanation, chronisches subdurales Häma- toms	1800	104,92
								2508	Operative Versorgung, frontoba- sale Schädelhirnverletzung	4500	262,29
								2509	Totalexstirpation, Hirnabszess	3750	218,58
								2510	Operation, intrazerebrales Häma- tom	4000	233,15
								2515	Bohrlochtrepanation, Schädel	1000	58,29
								2516	Osteoklastische Trepanation, Schädel	1500	87,43
								2517	Osteoklastische Trepanation, Schädel, mit Wiedereinpassung des Knochendeckels	2250	131,15
								2518	Eröffnung, hintere Schädelgrube	2700	157,38
								2519	Trepanation bei Kraniostenose	2250	131,15

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2525	Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose, mit Einfassung der Knochenränder/Duraschichtresektion, beim Kleinkind	4000	233,15	2577	Entfernung, raumbeengender intra-/extraspinaler Prozess	4000	233,15	2657	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste	760	44,33
2526	Exstirpation, Konvexitätstumor des Großhirns	3750	218,58	2580	Freilegung/Durchtrennung/Exhairese, Nerv	554	32,29	2658	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	500	29,14
2527	Exstirpation, Großhirntumor, mit Hirnlappenresektion	5250	306,01	2581	Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminasast	924	53,86	2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	400	23,31
2528	Exstirpation, Tumor der Mittellinie/Schädelbasistumor	7500	437,15	2582	Freilegung/Entnahme, autologer peripherer Nerv, zwecks Transplantation	1800	104,92	2670	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	500	29,14
2529	Operation, intrakranielle Gefäßmissbildung	8000	466,30	2583	Neurolyse	924	53,86	2671	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	300	17,49
2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	437,15	2584	Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	1480	86,27	2675	Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuberkoplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	49,54
2531	Intrakranielle Gefäßanastomose/ Gefäßtransplantation	7500	437,15	2585	Nervenersatzplastik durch Implantation, peripherer Nerv, Hand/Arm	2600	151,55	2676	Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer	2200	128,23
2535	Resektion, Gehirnhemisphäre	6000	349,72	2586	End-zu-End-Naht, Nerv, bei einer frischen Verletzung	1350	78,69	2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	40,80
2536	Resektion, Gehirnlappen	4500	262,29	2587	Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv	1850	107,83	2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen, Gehirn/Medulla oblongata	6250	364,30	2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht	2100	122,40	2681	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	23,31
2538	Operation, Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58	2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht, mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat	2400	139,89	2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60
2539	Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele	6250	364,30	2590	Naht eines Nervenplexus	3000	174,86	2685	Reposition, Zahn	200	11,66
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29	2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus	6000	349,72	2686	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2541	Ventrikulosternostomie	4500	262,29	2592	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse	1800	104,92	2687	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	2593	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	2770	161,46	2688	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	43,72
2550	Exstirpation, Kleinhirntumor	5000	291,44	2594	Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86	2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2551	Exstirpation, Kleinhirnbrückenwinkel-/Stammhirntumor	7500	437,15	2595	Nervennervenpflanzung	1600	93,26	2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	209,83
2552	Exstirpation, retrobulbärer Tumor	6250	364,30	2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation	2400	139,89	2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsgebiet, je Kieferhälfte	1500	87,43
2553	Intrakranielle Operation, basale Liquor fistel, mit plastischem Verschluss	6000	349,72	2597	Verödung/Verkoagung des Ganglion Gasserii	700	40,80	2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	69,94
2554	Plastischer Verschluss, Knochen defekt des Hirnschädels	1800	104,92	2598	Stereotaktische Thermoagulation des Ganglion Gasserii	1400	81,60	2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/ Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2555	Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie	1480	86,27	2599	Blockade eines Nerven, Schädelbasis	225	13,11	2695	Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38
2556	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie	1850	107,83	2600	Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis	1500	87,43	2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14
2557	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder-Einpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89	2601	Grenzstrangresektion, zervikal	1000	58,29	2697	Anlegen von Drahtligaturen/Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	2602	Grenzstrangresektion, abdominolumbal	1480	86,27	2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implantation von Reizelektroden	4620	269,29	2603	Grenzstrangresektion, thorakolumbal	3000	174,86	2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23
2562	Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen	2250	131,15	2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal/retroperitoneal	1480	86,27	2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	20,40
2563	Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis	2310	134,64	<b>IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</b>				2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	104,92
2564	Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark	4800	279,78	2620	Operation, isolierte Lippenpalte	750	43,72	2702	Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im Zervikalbereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	4100	238,98	2621	Operation, breite Lippen-Kieferpalte, mit Naseneingangplastik	1500	87,43	2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im thorakaler/lumbaler Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	3000	174,86	2622	Plastisch-chirurgische Behandlung, komplette Gesichtsspalte, mit Osteotomien/Osteoplastiken	9000	524,59	2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77
2570	Implantation, Reizelektroden/Empfangsgerät, Rückenmark	4500	262,29	2625	Verschluss, Defekte am Gaumen/Vestibulum	1250	72,86	2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12
2571	Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomeningozele/Meningozele	2650	154,46	2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	43,72
2572	Operation, Missbildung am Rückenmark, mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals/Faszienplastik	3230	188,27	2627	Verschluss, harter/weicher Gaumen	2000	116,57	2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3000	174,86
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584	500	29,14	2630	Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/Osteoplastik	6000	349,72	2715	Suprahyoidale Lymphknoten-ausräumung einer Seite	2000	116,57
2574	Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbelkanal	2750	160,29	2640	Operative Verlagerung, Oberkiefer, je Kieferhälfte	1200	69,94				
2575	Entfernung, raumbeengender intraduraler Prozess im Wirbelkanal	3500	204,01	2642	Operative Verlagerung, Unterkiefer, je Kieferhälfte	1850	107,83				
2576	Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmissbildung/Tumor	4500	262,29	2650	Entfernung/Osteotomie, verlagertes/retinierter Zahn	740	43,13				
				2651	Fremdkörper-Entfernung/Sequestrotomie/Osteotomie, Kiefer	550	32,06				
				2655	Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste	950	55,37				
				2656	Operation/Zystektomie, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	620	36,14				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
2716	Radikale Halslymphknoten- ausräumung einer Seite	5000	291,44	2836	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	291,44	2972	Pleuragewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung	666	38,82	
2720	Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	800	46,63	2837	Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	291,44	2973	Pleurektomie, einseitig	2220	129,40	
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	500	29,14	2838	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	4300	250,64	2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	183,02	
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	2839	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	3000	174,86	2975	Dekorlikation, Lunge	4800	279,78	
<b>X. Halschirurgie</b>				2840	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	174,86	2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	116,57	
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	2841	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	2000	116,57	2977	bei Spontanpneumothorax	739	43,07	
2751	Tracheotomie	554	32,29	2842	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	3700	215,66	2979	Operative Entfernung, Pleura- empyem	1110	64,70	
2752	Exstirpation, Ductus thyreoglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresek- tion Zungenbein	1350	78,69	2843	Rekonstruktive Operation, arterio- venöse Fistel, Extremitäten/Hals	3700	215,66	2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40	
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	96,76	2844	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/ Bauchraum	5500	320,58	2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70	
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	96,76	<b>3. Venenchirurgie</b>				2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27	
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse	1850	107,83	2880	Inzision, Varixknoten	148	8,63	2992	Thorakotomie, mit Gewebsent- nahme für histologische/bakte- riologische Untersuchung	1290	75,19	
2756	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromge- biete/Nachbarorgane	3700	215,66	2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	2993	Thorakotomie, mit Gewebsentnahme/intrathorakale Präparationen	1480	86,27	
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromge- biete/Nachbarorgane	3700	215,66	2882	Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	161,46	
2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	69,94	2883	Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste- Exstirpation	1200	69,94	2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	183,02	
<b>XI. Gefäßchirurgie</b>				2885	Entfernung, kleine Blutaderge- schwulst	1110	64,70	2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15	
<b>1. Allgemeine Verrichtungen</b>				2886	Entfernung, große Blutaderge- schwulst	2770	161,46	2997	Lobektomie/Lungensegment- resektion(en)	5100	297,27	
2800	Venaesection	275	16,03	2887	Thrombektomie	2000	116,57	2998	Bilobektomie	4800	279,78	
2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	26,99	2888	Veno-venöse Umleitung	3140	183,02	2999	Pneumonektomie, mit intraperikar- dialer Gefäßversorgung/Ausräu- mung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41	
2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	129,40	2889	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	215,66	3000	Bronchotomie	2770	161,46	
2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	86,27	2890	Isolierte Seitenastexstirpation/ Perforansdissektion/Perforans- ligatur	350	20,4	3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	338,07	
2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	14,75	2891	Rekonstruktive Operation, Körperven	3000	174,86	3002	Operative Kavernen-/ Lungenabszesseröffnung	4800	279,78	
2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	2895	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	86,27	3010	Sternotomie	1110	64,70	
2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	43,07	2896	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Trans- plantat	2100	122,40	3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	233,15	
2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	23,31	2897	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	69,94	3012	Drainage, Mediastinum	554	32,29	
2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	43,13	2898	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	87,43	3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15	
2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	291,44	2899	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	129,40	<b>XIII. Herzchirurgie</b>				
<b>2. Arterienchirurgie</b>				2900	Operation/Dissektion, bei porta- lem Hochdruck	3140	183,02	3050	Operative Maßnahmen in Verbind- ung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	107,83	
2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	183,02	2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	215,66	3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	75,19	
2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	244,81	2902	Operation/venöse Anastomose/ Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	269,29	3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70	
2822	Rekonstruktive Operation, Arterterie	2300	134,06	<b>4. Sympathikuschirurgie</b>				3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70	
2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	107,83	2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57	3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83	
2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	174,86	2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29	
2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	378,87	<b>XII. Thoraxchirurgie</b>				<i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Operation berech- nungsfähig.</i>				
2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	378,87	2950	Resektion, eine Rippe	739	43,07	3060	Intraoperative Funktionsmes- sungen, Herz	554	32,29	
2827	Operation, Aneurysma, großes Thoraxgefäß	7500	437,15	2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	64,70	3065	Operation, Perikard	2000	116,57	
2828	Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	174,86	2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	64,70	3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	183,02	
2829	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	303,09	2953	Thorakoplastik	3140	183,02	3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	86,27	
2834	Operation, Nierengefäß	1480	86,27	2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröff- nung	4620	269,29	3068	Anlage, künstliche Pulmonalis- stammstenose	3140	183,02	
2835	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Stenose/Verschluss	4500	262,29	2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	291,44	3069	Shuntoperation, herznahe Gefäße	3000	174,86	
				2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40	3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86	
				2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	174,86	3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86	
				2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	297,27	3072	Operativer Verschluss, Vorhof- septumdefekt vom Sekundum-Typ	3000	174,86	
				2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	174,86	3073	Operativer Verschluss, Vorhof- septumdefekt anderen Typs	4000	233,15	
				2970	Anlage, Pleuradrainage	554	32,29	3074	Komplette intraatriale Blutum- leitung	6500	378,87	
				2971	Spülung, Pleuraraum	148	8,63	3075	Thromb-/Embolektomie/ Fremdkörperentfernung, Herz/ herznahe Gefäß	3000	174,86	

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro				
3077	Operativer Verschluss, Herzkam- merscheidewanddefekt, mittels direkter Naht	3000	174,86	3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien Magen-Darmtrakt/ Volvulus/Darminvagination	2500	145,72	3234	Rektale Myektomie/Kolostomie	3500	204,01				
3078	Operativer Verschluss, Herzkammer- scheidewanddefekt, mittels Prothese	4000	233,15	3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen	1600	93,26	3235	Kombinierte Rektumexstirpation, mit Laparotomie	5000	291,44				
3079	Resektion intrakardial stenosie- render Muskulatur	3000	174,86	3173	Operative Entfernung, Meckel'sches Divertikel	1480	86,27	3236	Unblutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	111	6,47				
3084	Valvuloplastik, Herzklappe	3300	192,35	3174	Operative Beseitigung, Darmduplikatur	2700	157,38	3237	Blutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	370	21,57				
3085	Operative Korrektur, Herzklappe	3140	183,02	3175	Operation, Mekoniumileus	2700	157,38	3238	Fremdkörper-Entfernung, Mastdarm	185	10,78				
3086	Operativer Ersatz, Herzklappe	5600	326,41	3176	Transposition, Darmteil, innerhalb des Abdomens	3500	204,01	<i>Eine neben der Leistung nach Nr. 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nr. 690 zusätzlich berech- nungsfähig.</i>							
3087	Operative Korrektur/Ersatz, mehrere Herzklappen	7500	437,15	3177	Transposition, Darmteil/Magen, aus dem Abdomen heraus	5000	291,44	3239	Muskelplastik, Mastdarm	1800	104,92				
3088	Operation zur direkten myokar- dialen Revaskularisation, ein Versorgungsabschnitt	5600	326,41	3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen	4000	233,15	3240	Operation, Hämorrhoidalknoten	554	32,29				
3089	Operation zur direkten myokar- dialen Revaskularisation, mehrere Versorgungsabschnitte	7500	437,15	3181	Langstreckige Resektion/ Kombinierte Entfernung, Dick-/ Mastdarm	6500	378,87	3241	Hohe intraanale Exzision/Anal- plastik, Hämorrhoidalknoten	924	53,86				
3090	Operation, Anomalien der Koronararterien	4000	233,15	3184	Lebertransplantation	7500	437,15	<b>XV. Hernienchirurgie</b>							
3091	Operation, Reizleitungssystem	4500	262,29	3185	Operation an der Leber	3000	174,86								
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46	3186	Exstirpation, Gallenblase	2500	145,72								
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70	3187	Operation an den Gallengängen, mit Exstirpation der Gallenblase	3250	189,43								
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff	2770	161,46	3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81								
<b>XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie</b>				3189	Operative Beseitigung, Atresien/ Stenosen der Gallengänge, beim Kleinkind	4000	233,15					3280	Operation, Diaphragmahernie	2770	161,46
3120	Diagnostische Peritonealspülung	300	17,49	3190	Papillenexstirpation/-spaltung, mit Eröffnung des Duodenum	2700	157,38					3281	Operation, Zwerchfellrelaxation	2250	131,15
3121	Choledochoskopie, bei intraabdominaler Operation	500	29,14	3192	Milzrevision	2000	116,57					3282	Zurückbringen eines einge- klemmten Bruches	222	12,94
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen	375	21,86	3194	Präparation/Drainage, Pankreas- zyste, mit Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66					3283	Operation, Nabel-/Mittellinien-/ Bauchnarbenbruch	1110	64,70
3125	Eröffnung des Ösophagus, vom Hals aus	1110	64,70	3195	Resektion, Pankreaskopf	4620	296,29					3284	Operation, Nabel-/Mittellinien-/ Bauchnarbenbruch, mit Muskel-/ Faszienschiebeplastik/ Darmresektion	2500	145,72
3126	Intrathorakaler Eingriff am Öso- phagus	4000	233,15	3196	Resektion, Pankreasschwanz	2220	129,40	3285	Operation, Leisten-/Schenkelbruch	1290	75,19				
3127	Operation der Ösophagusatresie, beim Kleinkind	5000	291,44	3197	Resektion, ganzer Pankreas	4620	269,29	3286	Operation, eingeklemmter Leisten-/ Schenkelbruch	2000	116,57				
3128	Operative Beseitigung, angeborene ösophagotracheale Fistel	3000	174,86	3198	Pankreoduodenektomie	5000	291,44	3287	Operation, Omphalozele/ Gastroschisis, beim Kleinkind	2500	145,72				
3129	Operativer Eingriff, terminaler Ösophagus, bei abdominalem Zugang	3000	174,86	3199	Milzexstirpation	2220	129,40	3288	Operative Beseitigung, Ductus omphaloentericus persistens/ Urachusfistel	2250	131,15				
3130	Operativer Eingriff, Ösophagus, bei abdominalthorakalem Zugang	5000	291,44	3200	Appendektomie	1480	86,27	<b>XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen</b>							
3135	Eröffnung, Bauchhöhle, zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70	3202	Operation, persistierende Fistel am Magen-Darmtrakt	3000	174,86	3300	Arthroskopie, mit Probeexzision-	500	29,14				
3136	Eröffnung, subphrenischer Abszess	1110	64,70	3205	Anlage, Endodrainage, bei intraabdominalen Operationen	2250	131,15	3301	Modellierendes Redressement, Hand-/Fußverbildung	473	27,57				
3137	Eröffnung, Abszess im Bauchraum	1110	64,70	3206	Enterostomie	2250	131,15	3302	Stellungsänderung/ Folge-Redressement, im Verlaufe der Behandlung nach Nr. 3301	227	13,23				
3138	Anlage einer Magenfistel	1600	93,26	3207	Anlegen, Anus praeter	1480	86,27	3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	37	2,16				
3139	Eröffnung/Revision/Spülung, Bauchraum, bei Peritonitis	2770	161,46	3208	Verschlussoperation für Anus praeter	1250	72,86	3306	Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule	148	8,63				
3144	Naht, Magen-/Darmwand, nach Perforation/Verletzung	1900	110,75	3209	Verschlussoperation für Anus praeter, mit Darmresektion	1750	102,00	3310	Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß	76	4,43				
3145	Teilresektion, Magen	2770	161,46	3210	Anlegen, Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57	3311	Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unter- schenkel/Fuß	152	8,86				
3146	Kardiaresektion, Magen	4000	233,15	3211	Unterweisung eines Anus-praeter- Patienten	120	6,99	3312	Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf	189	11,02				
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78	3215	Eröffnung, kongenitaler Afterver- schluss	150	8,74	3313	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein	303	17,66				
3148	Resektion, Ulcus pepticum	4000	233,15	3216	Operation, kongenitaler Mastdarmverschluss/Analatresie	1200	69,94	3314	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter	379	22,09				
3149	Umwandlungsoperation, Magen	5250	306,01	3217	Operation, Anal-/Rektumatresie	3750	218,58	3315	Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken	473	27,57				
3150	Gastrotomie	1600	93,26	3218	Radikaloperation, tiefreichender Mastdarmverschluss, mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38	3316	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf	757	44,12				
3151	Operative Einbringung eines Tubus, Ösophagus/Magen, als Notope- ration	2700	157,38	3219	Operation, After-/Mastdarrriss	278	16,20	3317	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm	946	55,14				
3152	Spaltung, Pylorus	1900	110,75	3220	Operation, submuköse Mastdarmlisten	300	17,49	3320	Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfs- mitteln	95	5,54				
3153	Pyloroplastik	3000	174,86	3221	Operation, intramuskuläre Mastdarmlisten	370	21,57	<i>Unter „Große orthopädische Hilfs- mittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig</i>							
3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86	3222	Operation, transsphinkterische Mastdarmliste	700	40,80								
3155	Vagotomie am Magen, mit Drainage	4500	262,29	3223	Operation, extrasphinkterische Fistel	850	49,54								
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden/Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	26,23	3224	Perianale operative Entfernung, Mastdarmpolypen/-geschwulsten	1150	67,03								
3157	Magenteilresektion, mit Dickdarmentfernung	4620	269,29	3226	Perianale operative Entfernung, Mastdarmschwulst, mit Durchtrennung der Schließmuskulatur	3500	204,01								
3158	Gastroenterostomie	2220	129,40	3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmsvorfalles	120	6,99								
3165	Operative Beseitigung von Atresien/Stenosen/Divertikel, Duodenum	4000	233,15	3231	Operation, Mastdarmsvorfall, bei analem/perinealem Zugang	1150	67,03								
3166	Operative Beseitigung von Atresien/Stenosen/Divertikeln, Jejunum/Ileum	3000	174,86	3232	Operation, Mastdarmsvorfall, bei abdominalem Zugang	2220	129,40								
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet	2220	129,40	3233	Rektumexstirpation, bei analem Zugang	2800	163,20								
3168	Jejuno-Zokostomie	2600	151,55												
3169	Teilresektion/Anastomose, Kolon	3750	218,58												
3170	Kolektomie/Ileostomie	5250	306,01												

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro											
	<i>angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i>								<i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>													
3321	Konstruktionsplan für großes orthopädisches Hilfsmittel	152	8,86		den verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst: <b>Agglutination:</b> Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination); <b>Immudiffusion:</b> Immudiffusions- (radiale), Elektroimmudiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen; <b>Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden:</b> Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern; <b>Ligandenassay:</b> 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 Nrn. 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 sind nur nach Nr. 437 berechnungsfähig.			Untersuchung, je Messgröße <i>Katalog</i> 3512 Alpha-Amylase 3513 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) 3514 Glukose 3515 Glutaminoxalazetattransaminase (GOT) 3516 Glutamylpyruvattransaminase (GPT) 3517 Hämoglobin 3518 Harnsäure 3519 Kalium 3520 Kreatinin 3521 Lipase  Untersuchung, je Messgröße <i>Katalog</i> 3523 Antistreptolysin (ASL) 3524 C-reaktives Protein (CRP) 3525 Mononukleosetest 3526 Rheumafaktor (RF) 3528 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l) 3529 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l) 3530 Thromboplastinzeit (Quickwert) 3531 Urinsediment 3532 Mikroskopie, Urinsediment	70	4,08	100	5,83	130	7,58	150	8,74	120	6,99	70	4,08	90	5,25
<b>M.</b> <b>LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN</b>				<b>I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis</b>				<b>II. Basislabor</b>														
Allgemeine Bestimmungen				Allgemeine Bestimmungen				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.				Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.				Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.														
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.				Allgemeine Bestimmungen				Höchstwerte														
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.				3500 Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung				3541.H Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II														
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.				Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.				1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen														
5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus Einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).				3501 Blutsenkung				3550 Blutbild/Blutbildbestandteile														
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.				3502 Differenzierung, Blutausstrich				Die Leistung nach Nr. 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden: Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.														
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.				3503 Hämatokrit				3551 Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550														
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 Vorstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				3504 Erythrozyten				3552 Retikulozytenzahl														
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen wer-				3505 Leukozyten				<b>2. Elektrolyte, Wasserhaushalt</b>														
				3506 Thrombozyten				3555 Calcium														
				3508 Mikroskopie, Nativpräparat, je Material				3556 Chlorid														
				3509 Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material																		
				3510 Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat																		
				3511 Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung																		
				Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.																		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
3557	Kalium	30	1,75	3610	Amylase-Clearance	100	5,83	3681	Differenzierung, Knochenmarkausstrich	570	33,22	
3558	Natrium	30	1,75	3611	Blutzuckertagesprofil	160	9,33	3682	Eisenfärbung, Blut-/Knochenmarkausstrich	120	6,99	
<b>3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel</b>								3683	Färbung, Blut-/Knochenmarkausstrich, je Färbung	250	14,57	
Allgemeine Bestimmung								3686	Eosinophilenzahl	70	4,08	
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				<b>8. Spurenelemente</b>				3688	Osmotische Resistenz, Erythrozyten	90	5,25	
3560	Glukose	40	2,33	3620	Eisen	40	2,33	3689	Fetales Hämoglobin (HbF)	160	9,33	
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1), HbA1c)	200	11,66	3621	Magnesium	40	2,33	3690	Freies Hämoglobin	180	10,49	
3562.H1	Cholesterin	40	2,33					3691	Hämoglobinelektrophorese	570	33,22	
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	2,33	<b>III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen</b>				3692	Methämoglobin/Carboxyhämoglobin/Sauerstoffsättigung	60	3,50	
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	2,33	Allgemeine Bestimmung				3693	Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest	570	33,22	
3565.H1	Triglyzeride	40	2,33	Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nrn. 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.				3694	Lymphozytentransformationstest	570	33,22	
<b>4. Proteine, Elektrophoreseverfahren</b>								3695	Phagozytäre Funktion, Granulozyten	120	6,99	
Allgemeine Bestimmung								3696	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, je Antiserum	570	33,22	
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				<b>Höchstwerte</b>				3697	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, weitere Antiseren, je Antiserum	250	14,57	
3570.H1	Albumin, photometrisch	30	1,75	3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	50,71	<i>Die Leistung nach Nr. 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3696 berechnet werden.</i>				
3571	Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin	150	8,74	3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	81,60	3698	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz	450	26,23	
3572	Immunglobulin E (IgE)	250	14,57	3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	32,06	3699	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz, weitere Antiseren, je Antiserum	360	20,98	
3573.H1	Gesamt-Protein Serum/Plasma	30	1,75					<i>Die Leistung nach Nr. 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3698 berechnet werden.</i>				
3574	Proteinelektrophorese Serum	200	11,66	<b>1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)</b>				3700	Tumorstammzellenassay	2000	116,57	
3575	Transferrin	100	5,83	3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	3,50	<b>4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten</b>				
<b>5. Substrate, Metabolite, Enzyme</b>								3710	Blutgasanalyse	90	5,25	
Allgemeine Bestimmung								3711	Blutsenkung	40	2,33	
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>				3712	Viskosität	250	14,57	
3580.H1	Anorganisches Phosphat	40	2,33	3651	Mikroskopie, Urinsediment	70	4,08	3714	pH-Wert (nicht Blut/Urin)	40	2,33	
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	2,33	3652	Streifentest im Urin, je Untersuchung	35	2,04	3715	Bikarbonat	60	3,50	
3582	Bilirubin, direkt	70	4,08	3653	Urinsediment	50	2,91	3716	Osmolalität	50	2,91	
3583.H1	Harnsäure	40	2,33	3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count)	80	4,66	<b>5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel</b>				
3584.H1	Harnstoff	40	2,33	<b>2. Sekrete, Liquor, Konkreme</b>				3721	Glykierte Proteine	250	14,57	
3585.H1	Kreatinin	40	2,33	3660	Mikroskopie, Sekret	40	2,33	3722	Fructosamin	70	4,08	
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	2,33	3661	Gallensediment	40	2,33	3723	Fruktose	200	11,66	
3588.H1	Alpha-Amylase	50	2,91	3662	HCl	70	4,08	3724	D-Xylose	200	11,66	
3589.H1	Cholinesterase	40	2,33	3663	Differenzierung, Sperma	160	9,33	3725	Apolipoprotein, je Bestimmung	200	11,66	
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	2,33	3664	Spermienagglutination	120	6,99	3726	Fettsäuren	410	23,90	
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB)	50	2,91	3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	8,74	3727	Fraktionierung, Lipoproteine	680	39,64	
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)	40	2,33	3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung	70	4,08	3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	10,49	
3593.H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	2,91	3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma	400	23,31	3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	17,49	
3594.H1	Glutaminoxalazetattransaminase (GOT)	40	2,33	<i>Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>				3730	Lipoprotein (a)	300	17,49	
3595.H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT)	40	2,33	3669	Erythrozytenzahl (Liquor)	60	3,50	<b>6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren</b>				
3596.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HDBH)	40	2,33	3670	Leukozytenzahl (Liquor)	60	3,50	Allgemeine Bestimmung				
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33	3671	Differenzierung, Liquorzellausstrich	160	9,33	Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.				
3598.H1	Lipase	50	2,91	3672	Steinanalyse, Infrarotspektrometrie/Mikroskopie	250	14,57	3735	Albumin	150	8,74	
3599	Saure Phosphatase (sP)	70	4,08	3673	Steinanalyse, Röntgendiffraktion	570	33,22	3736	Albumin (vorgefertigte Reagenzträger)	120	6,99	
<b>6. Gerinnungssystem</b>								3737	Aminosäuren	570	33,22	
3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	50	2,91	<b>3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen</b>				3738	Aminosäuren, qualitativ	250	14,57	
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ)	70	4,08	3680	Differenzierung, Blutaussstrich	90	5,25	3739	Alpha-1-Antitrypsin	180	10,49	
3607	Thromboplastinzeit (Quickwert)	50	2,91					3740	Coeruloplasmin	180	10,49	
<b>7. Funktionsteste</b>								3741	Creaktives Protein (CRP)	200	11,66	
Allgemeine Bestimmungen								3742	Ferritin	250	14,57	
Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen 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.												





Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
4072	Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin			4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol)	3840	223,82	4157	Chinidin			
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)							4158	Cocainmetabolite			
4074	Metanephrine			4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung Laktat)	900	52,46	4160	Desipramin			
4075	Serotonin			4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung Glukose)	200	11,66	4161	Digitoxin			
4076	Steroidprofil			4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH)	1000	58,29	4162	Digoxin			
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)			4110	MEGX-Test (Monoethylglycinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX)	500	29,14	4163	Disopyramid			
4078	Ähnliche Untersuchungen			4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Prolaktin)	700	40,80	4164	Ethosuximid			
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin)	2880	167,87	4165	Flecainid			
4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromato- graphie-Massenspektrometrie	350	20,40	4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91	4166	Gentamicin			
4080	5-Hydroxyindolesigsäure (5-HIES)	120	6,99	4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91	4167	Lidocain			
4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	6,99	4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin)	1920	111,91	4168	Methadon			
4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	8,16	4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat)	1080	62,95	4169	Methotrexat			
4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	33,22	4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH)	500	29,14	4170	N-Azetylprocainamid			
4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	33,22	4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A)	720	41,97	4171	Netilmicin			
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57					4172	Opiate			
4086	Östrogenrezeptoren	1200	69,94					4173	Phenobarbital			
4087	Progesteronrezeptoren	1200	69,94					4174	Phenytoin			
4088	Andere Hormonrezeptoren	1200	69,94					4175	Primidon			
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	26,23					4176	Propaphenon			
								4177	Salizylat			
								4178	Streptomycin			
								4179	Theophyllin			
								4180	Tobramicin			
								4181	Valproinsäure			
								4182	Ähnliche Untersuchungen			
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
								4185	Cyclosporin	300	17,49	
									Untersuchung, Ligandenassay	700	40,80	
									<i>Katalog</i>			
									4186	Amitriptylin		
									4187	Imipramin		
									4188	Nortriptylin		
									Untersuchung, Atomabsorption	410	23,90	
									<i>Katalog</i>			
									4190	Aluminium		
									4191	Arsen		
									4192	Blei		
									4193	Cadmium		
									4194	Chrom		
									4195	Gold		
									4196	Quecksilber		
									4197	Thallium		
									4198	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	360	20,98	
									<i>Katalog</i>			
									4199	Amiodarone		
									4200	Antiepileptika		
									4201	Chinidin		
									4202	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	450	26,23	
									<i>Katalog</i>			
									4203	Antibiotika		
									4204	Antimykotika		
									Untersuchung, Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90	
									<i>Katalog</i>			
									4206	Valproinsäure		
									4207	Ethanol		
									4208	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Untersuchung von exogenen Giften, Gaschromatographie, je Untersuchung	480	27,98	
									4210	Untersuchung von exogenen Giften, Gaschromatographie-Massen- spektrometrie, je Untersuchung	900	52,46

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
4211	Ethanol	150	8,74					4302	Ähnliche Untersuchungen			
4212	Exogene Gifte, Screening	250	14,57		<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4213	Identifikation von exogenen Giften, Dünnschichtchromatographie, je Untersuchung	360	20,98		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion	240	13,99	
4214	Lithium	60	3,50		<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
<b>19. Antikörper gegen Bakterienantigene</b>									4305	Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test)		
Allgemeine Bestimmung									4306	Röteln-Virus		
Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.									4307	Ähnliche Untersuchungen		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion	90	5,25		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	800	46,63		Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90	
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
	4220 Borrelia burgdorferi				4273 Treponema pallidum (19S-IgM-FTA-ABS-Test)				4310 Adenoviren			
	4221 Brucellen								4311 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)			
	4222 Campylobacter				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57		4312 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)			
	4223 Francisellen				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4313 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)			
	4224 Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ				4275 Campylobacter				4314 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus			
	4225 Leptospiren				4276 Chlamydia psittaci				4315 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted			
	4226 Listerien, je Typ				4277 Chlamydia trachomatis				4316 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)			
	4227 Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)				4278 Coxiella burnetii				4317 FSME-Virus			
	4228 Salmonellen-H-Antigene				4279 Gonokokken				4318 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)			
	4229 Salmonellen-O-Antigene				4280 Leptospiren				4319 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)			
	4230 Staphylolysin				4281 Listerien				4320 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)			
	4231 Streptolysin				4282 Mycoplasma pneumoniae				4321 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)			
	4232 Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)				4283 Treponema pallidum				4322 HIV 1			
	4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ				4284 Yersinien				4323 HIV 2			
	4234 Ähnliche Untersuchungen				4285 Ähnliche Untersuchungen				4324 Influenza A-Virus			
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4325 Influenza B-Virus			
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	230	13,41		Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40		4327 Masern-Virus			
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4328 Mumps-Virus			
	4235 Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)				4286 Borrelia burgdorferi				4329 Parainfluenza-Virus 1			
	4236 Borrelia burgdorferi				4287 Campylobacter				4330 Parainfluenza-Virus 2			
	4237 Brucellen				4288 Coxiella burnetii				4331 Parainfluenza-Virus 3			
	4238 Campylobacter				4289 Leptospiren				4332 Respiratory syncytial virus			
	4239 Francisellen				4290 Mycoplasma pneumoniae				4333 Tollwut-Virus			
	4240 Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ				4291 Ähnliche Untersuchungen				4334 Varizella-Zoster-Virus			
	4241 Leptospiren				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4335 Ähnliche Untersuchungen			
	4242 Listerien, je Typ								<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	4243 Rickettsien				Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73	
	4244 Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen				<i>Katalog</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
	4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen				4293 Streptolysin, Immundiffusion	180	10,49		4337 Adenoviren			
	4246 Staphylolysin				4294 Streptolysin, Hamolysehemmung	230	13,41		4338 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)			
	4247 Streptolysin				4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion	180	10,49		4339 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)			
	4248 Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)				4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell	120	6,99		4340 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)			
	4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ				4297 Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell	120	6,99		4341 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus			
	4250 Ähnliche Untersuchungen								4342 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted			
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>20. Antikörper gegen Virusantigene</b>				4343 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)			
	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90		Allgemeine Bestimmung				4344 FSME-Virus			
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>				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.				4345 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)			
	4251 Bordetella pertussis				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion	90	5,25		4346 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)			
	4252 Borrelia burgdorferi				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4347 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)			
	4253 Chlamydia trachomatis				4300 Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test)				4348 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)			
	4254 Coxiella burnetii				4301 Röteln-Virus				4349 HIV 1			
	4255 Legionella pneumophila								4350 HIV 2			
	4256 Leptospiren (IgA/IgG/IgM)								4351 Influenza A-Virus			
	4257 Mycoplasma pneumoniae								4352 Influenza B-Virus			
	4258 Rickettsien								4353 Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus			
	4259 Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)								4354 Masern-Virus			
	4260 Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)								4355 Mumps-Virus			
	4261 Ähnliche Untersuchungen								4356 Parainfluenza-Virus 1			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR) <i>Katalog Antikörper gegen</i>	250	14,57		chung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4365	Adenoviren				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz <i>Katalog Antikörper gegen</i>	290	16,90		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz <i>Katalog Antikörper gegen</i>	510	29,73
4366	Coronaviren			4415	Candida albicans			4448	Entamoeba histolytica		
4367	Influenza A-Virus			4416	Ähnliche Untersuchungen			4449	Leishmanien		
4368	Influenza B-Virus				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4450	Pneumocystis carinii		
4369	Influenza C-Virus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz <i>Katalog Antikörper gegen</i>	510	29,73	4451	Plasmodien		
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus			4418	Candida albicans			4452	Schistosomen		
4371	Parainfluenza-Virus 1			4419	Ähnliche Untersuchungen			4453	Toxoplasma gondii		
4371a	Parainfluenza-Virus 2				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4454	Trypanosoma cruzi		
4372	Parainfluenza-Virus 3				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	7,58	4455	Ähnliche Untersuchungen		
4373	Polyomaviren				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4374	Reoviren				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	90	5,25		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR) <i>Katalog Antikörper gegen</i>	250	14,57
4375	Respiratory syncytial virus			4421	Aspergillus			4456	Echinokokken		
4376	Ähnliche Untersuchungen			4422	Candida albicans			4457	Entamoeba histolytica		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4423	Ähnliche Untersuchungen			4458	Leishmanien		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4459	Toxoplasma gondii		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	7,58	4460	Ähnliche Untersuchungen		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	230	13,41		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	230	13,41
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4461	Toxoplasma gondii		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	7,58	4462	Ähnliche Untersuchungen		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	7,58		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	350	20,40
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4465	Entamoeba histolytica		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99	4466	Leishmanien		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4467	Schistosomen		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99	4468	Toxoplasma gondii		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4469	Ähnliche Untersuchungen		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99		<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern</b>		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99		Allgemeine Bestimmung		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				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.		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99		<b>1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien</b>		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>a. Untersuchungen im Nativmaterial</b>		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99		Bakterien-Nachweis im Nativmaterial, Agglutination, je Antiserum <i>Katalog</i>	130	7,58
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4500	Betahämolisierende Streptokokken Typ B		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99	4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4502	Neisseria meningitidis Typen A und B		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99	4503	Streptococcus pneumoniae		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4504	Ähnliche Untersuchungen		
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99		<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Mikroskop. Bakterien-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	90	5,25
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99	4506	Methylenblaufärbung		
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99				
					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
4508	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4538	Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium  <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	120	6,99	4564	Neisseria meningitidis		
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	110	6,41					4565	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4510	Giemsa-Färbung								Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie, je Untersuchung <i>Katalog</i>	410	23,90
4511	Gramfärbung			4539	Bakterien-Nachweis, aufwendige Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium  <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	250	14,57	4567	Anaerobier		
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung							4568	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4513	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4540	Anzüchtung von Mykobakterien, je Untersuchungsmaterial	400	23,31	4570	Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie nach aufwendiger Probenvorbereitung/Derivatisierungsreaktion, je Untersuchung	570	33,22
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach Anfärbung mit Fluorochromen, je Untersuchung <i>Katalog</i>	160	9,33	4541	Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,40	4571	Bakterienuntersuchung, chromatographische Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22
4515	Auraminfärbung			4542	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57		Bakterienuntersuchung, Agglutination (bis zu 15 Antiseren je Keim), je Antiserum <i>Katalog</i>	120	6,99
4516	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4543	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, mit Spezifitätsprüfung, je Untersuchung	500	29,14	4572	Beta-hämolisierende Streptokokken		
4518	Mikroskop./immunolog. Bakterien-Nachweis nach Markierung, je Antiserum  <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	250	14,57		<i>c. Identifizierung/Typisierung</i>			4573	Escherichia coli		
	Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57	4545	Orientierende Bakterien-Identifizierung, je Test und Keim	60	3,50	4574	Salmonellen		
4520	Beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe B			4546	Bakterien-Identifizierung, aufwendigere Verfahren, je Test und Keim	120	6,99	4575	Shigellen		
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme			4547	Bakterien-Identifizierung, Mehrtestverfahren, je Keim	120	6,99	4576	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4522	Legionellen			4548	Bakterien-Identifizierung, bunte Reihe, je Keim	160	9,33		Bakterienuntersuchung, Phagentypisierung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57
4523	Neisseria meningitidis			4549	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe, je Keim	240	13,99	4578	Brucellen		
4524	Neisseria gonorrhoeae			4550	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe in anaerober Atmosphäre, je Keim	330	19,23	4579	Pseudomonaden		
4525	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4551	Identifizierung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen  <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	300	17,49	4580	Staphylokokken		
	<i>b. Züchtung/Gewebekultur</i>				Mikroskop. Bakterienuntersuchung nach Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	60	3,50	4581	Salmonellen		
4530	Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung, je Nährmedium  <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	80	4,66	4553	Gramfärbung			4582	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4531	Bakterien-Nachweis, Züchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium  <i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	100	5,83	4554	Neisser-Färbung				Bakterien-Nachweis, Flüssigmedien mit Substratverbrauch/Reaktionsprodukten, je Untersuchung	250	14,57
4532	Bakterien-Nachweis, Züchtung in CO <sub>2</sub> -Atmosphäre, je Nährmedium	100	5,83	4555	Ziehl-Neelsen-Färbung			4585	Nachweis von Mykobakterien, Flüssigmedien/mechanisierte Messung, je Untersuchung	350	20,40
4533	Bakterien-Nachweis, anaerobe Züchtung, je Nährmedium  <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	250	14,57	4556	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>d. Toxinachweis</i>		
				4560	Mikroskop./immunolog. Bakterienuntersuchung nach Markierung, je Antiserum	290	16,90		Nachweis von Bakterientoxinen, Ligandenassay, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57
					Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, qualitativ, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57	4590	Clostridium difficile/tetani/botulinum		
				4561	Beta-hämolisierende Streptokokken			4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
				4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme			4592	Staphylococcus aureus		
				4563	Legionellen			4593	Vibrionen		
								4594	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
									Nachweis von Bakterienantigenen/-toxinen, Präzipitation, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57
								4596	Clostridium botulinum		
								4597	Corynebacterium diphtheriae		
								4598	Staphylokokkentoxin		
								4599	Ähnliche Untersuchungen  <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
4601	Nachweis von Bakterientoxinen, Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	29,14		Virus-Antigen-Nachweis, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4711	Mikroskop. Pilz-Nachweis, nach Präparation/Anfärbung, je Material	120	6,99
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>				<i>Katalog</i>			4712	Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
	<i>e. Keimzahl, Hemmstoffe</i>				4640 Adeno-Viren			4713	Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
4605	Keimzahlbestimmung mittels Eintauchobjektträgerkultur, je Urinuntersuchung	60	3,5		4641 Hepatitis A-Viren				<i>b. Züchtung</i>		
4606	Keimzahlbestimmung mittels Oberflächenkulturen/Plattengussverfahren, je Untersuchungsmaterial	250	14,57		4642 Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)			4715	Pilz-Nachweis, Züchtung auf einfachen Nährmedien, je Nährmedium	100	5,83
4607	Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50		4643 Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)				<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
	<i>f. Empfindlichkeitstestung</i>				4644 Influenza-Viren			4716	Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium	120	6,99
4610	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Agardiffusionstest/Plättchentest, je geprüfter Substanz	20	1,17		4645 Parainfluenza-Viren				<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
	<i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>				4646 Rota-Viren			4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium	120	6,99
4611	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75		4647 Respiratory syncytial virus				<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>		
4612	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Antibiotikadilutionstest, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	2,91		4648 Ähnliche Untersuchungen				<i>c. Identifizierung/Charakterisierung</i>		
4613	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, minimale mikrobizide Antibiotikakonzentration, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	4,37		Allgemeine Bestimmungen			4720	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99
4614	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Anzüchtung in Flüssigmedien/mechanisierte Messung, je Untersuchung	250	14,57		Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nr. 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nr. 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nrn. 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.			4721	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57
	<b>2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren</b>				4665 Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz	250	14,57	4722	Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung	120	6,99
	<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				4666 Identifizierung von Viren, aufwändigere Verfahren, je Ansatz	250	14,57	4723	Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
	Virus-Antigen-Nachweis, Agglutinationsreaktion, je Untersuchung	60	3,5		4667 Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57	4724	Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Katalog</i>				4668 Identifizierung von Virus-Antigenen, Immunoblotting, je Untersuchung	330	19,23		<i>d. Empfindlichkeitstestung</i>		
4630	Rota-Viren				4670 Mikroskop./immunolog. Identifizierung von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4727	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99
4631	Ähnliche Untersuchungen				4671 Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35	4728	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, Reihenverdünnungstest, je Test	250	14,57
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57		<b>4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten</b>		
	<b>3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen</b>				<i>Katalog</i>				<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung</i>		
	<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				4675 Adeno-Viren			4740	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung	120	6,99
	Virus-Antigen-Nachweis, Agglutinationsreaktion, je Untersuchung	80	4,66		4676 Influenza-Viren				<i>Katalog</i>		
	<i>Katalog</i>				4677 Parainfluenza-Viren			4741	Amöben		
4633	Herpes simplex Viren				4678 Rota-Viren			4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)		
4634	Ähnliche Untersuchungen				4679 Respiratory syncytial virus			4743	Trichomonaden		
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4680 Ähnliche Untersuchungen			4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier		
4636	Mikroskop./immunolog. Nachweis von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90		<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4745	Ähnliche Untersuchungen		
4637	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, je Untersuchung	3180	185,35		4710 Mikroskop. Pilz-Nachweis, je Material	80	4,66				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</b>				<b>O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRAHLENTHERAPIE</b>			
	<b>I. Strahlendiagnostik</b>				<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<b>I. Strahlendiagnostik</b>			
	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung	160	9,33		Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 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.				Allgemeine Bestimmungen			
	<i>Katalog</i>								1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.			
	4747 Amöben			4780	Isolierung mikrobieller Nukleinsäuren	900	52,46		2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.			
	4748 Lamblien			4781	Spaltung mikrobieller Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74		3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.			
	4749 Trichomonaden			4782	Enzymatische Transkription von RNA	500	29,14		4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.			
	4750 Würmer/Wurmeier			4783	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	529,14		5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.			
	4751 Ähnliche Untersuchungen			4784	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29		6. Die Leistungen nach den Nrn. 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.			
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4785	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, je Sonde	300	17,49		7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.			
	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anfärbung, je Untersuchung	250	14,57	4786	Trennung mikrobieller Nukleinsäuren, Elektrophorese	600	34,97					
	<i>Katalog</i>			4787	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, durch Sequenzermittlung	2000	116,57					
	4753 Giemsa-Färbung				<b>N.</b>				<b>1. Skelett</b>			
	4754 Ähnliche Untersuchungen				<b>HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK</b>				<b>Allgemeine Bestimmung</b>			
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>I. Histologie</b>				Neben den Leistungen nach den Nrn. 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.			
	4756 Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, je Untersuchung	200	11,66	4800	Histologische Untersuchung	217	12,65					
	4757 Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, quantitativ, je Untersuchung	250	14,57	4801	Histologische Untersuchung, Magen-/Darmschleimhaut	289	16,85					
	4758 Mikroskop./immunolog. Parasiten-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4802	Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung	289	16,85					
	4759 Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4810	Histologische/zytologische Untersuchung, zur Krebsdiagnostik	289	16,85					
	<i>b. Züchtung</i>			4811	Histologische Untersuchung, mit Schnittserien	289	16,85					
	Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung	250	14,57	4815	Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sonderverfahren	350	20,40					
	<i>Katalog</i>			4816	Histologische Sofortuntersuchung (Schnellschnitt)	250	14,57					
	4760 Amöben				<b>II. Zytologie</b>				<b>Zähne</b>			
	4761 Lamblien			4850	Zytologische Untersuchung zur Zyklus-Phasenbestimmung	87	5,07		5000	Röntgen, Zähne, je Projektion	50	2,91
	4762 Trichomonaden				<i>Neben der Leistung nach Nr. 4850 ist die Leistung nach Nr. 297 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>			
	4763 Ähnliche Untersuchungen			4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	130	7,58		5002	Panoramaaufnahme, Kiefer	250	14,57
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 4851 ist die Leistung nach Nr. 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i>			5004	Panoramaschichtaufnahme, Kiefer	400	23,31	
	<i>c. Identifizierung</i>			4852	Zytologische Untersuchung, nach besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial	174	10,14			<b>Röntgen, Finger/Zehen</b>		
	Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, nach Anzucht, je Untersuchung	120	6,99	4860	Trichogramm, auch mehrere Präparate	160	9,33		5010	jeweils zwei Ebenen	180	10,49
	<i>Katalog</i>							5011	ergänzende Ebene(n)	60	3,50	
	4765 Trichomonaden								<i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>			
	4766 Ähnliche Untersuchungen								<b>Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe</b>			
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>III. Zytogenetik</b>				5020	jeweils zwei Ebenen	220	12,82
	Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung	250	14,57	4870	Kerngeschlechtsbestimmung, auf X-Chromosomen	273	15,91		5021	ergänzende Ebene(n)	80	4,66
	<i>Katalog</i>			4871	Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen	289	16,85			<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>		
	4770 Trypanosoma cruzi			4872	Chromosomenanalyse	1950	113,66					
	4771 Ähnliche Untersuchungen			4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung	3030	176,61					
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>											



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
5316	Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Angiokardiographie beidseitig, eine Serie	3000	174,86		Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.			5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.				
5317	Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig. Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31					5355	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation von Arterien	2000	116,57	
5318	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt	600	34,97					5356	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation einer Koronararterie	2500	145,72	
5324	Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig. Koronarangiographie, ein Herzkranzgefäß, eine Serie	2400	139,89	5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97		Neben der Leistung nach Nr. 5356 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295 sowie 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5356 ist die Leistung nach Nr. 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.			
5325	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie	3000	174,86		Neben der Leistung nach Nr. 5346 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			5357	Embolisation von Arterien, je Gefäßgebiet	3500	204,01	
5326	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31	5348	Dilatation, Koronararterien	3800	221,49		Neben der Leistung nach Nr. 5357 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.			
5327	Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	58,29		Neben der Leistung nach Nr. 5348 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5348 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5348 neben einer Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.			5358	Embolisation von Arterien, Kopf/Hals/Spinalkanal, je Gefäßgebiet	4500	262,29	
5328	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig. Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94	5349	Zuschlag zu Nr. 5348, Dilatation mehr als eine Koronararterie, insgesamt	1000	58,29		Neben der Leistung nach Nr. 5358 sind die Leistungen nach den Nrn. 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.			
5329	Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Venographie, Brust/Bauch	1600	93,26		Neben der Leistung nach Nr. 5349 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			5359	Embolisation der Vena spermatica	2500	145,72	
5330	Venographie, Extremität	750	43,72						Neben der Leistung nach Nr. 5359 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			
5331	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	11,66	5351	Lysebehandlung, mehr als einer Stunde, Einzelbehandlung oder ergänzend zu Nrn. 2826, 5345 oder 5348	500	29,14		5360	Embolisation von Venen	2000	116,57
5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung	800	46,63		Neben der Leistung nach Nr. 5351 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			
5338	Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden. Lymphographie, je Extremität	1000	58,29	5352	Zuschlag zu Nr. 5351, Lysebehandlung Hirnarterien	1000	58,29		5361	Transhepatische Drainage/Dilatation von Gallengängen	2600	151,55
5339	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt	250	14,57		Neben der Leistung nach Nr. 5352 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5361 sind die Leistungen nach den Nrn. 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			
<b>6. Interventionelle Maßnahmen</b>				5353	Dilatation, Venen	2000	116,57	<b>7. Computertomographie</b>				
Allgemeine Bestimmung					Neben der Leistung nach Nr. 5353 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			Allgemeine Bestimmungen				
Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.				5354	Zuschlag zu Nr. 5353, Dilatation mehr als zwei Venen, insgesamt	200	11,66	Die Leistungen nach den Nrn. 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nr. 5369 zu beachten.				
5345	Dilatation, Arterien	2800	163,20		Neben der Leistung nach Nr. 5354 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie			5369	Höchstwert für Nrn. 5370 bis 5374	3000	174,86	
								Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
5370	CT, Kopf	2000	116,57	7.	Rechnungsbestimmungen				<i>e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie</i>		
5371	CT, Hals/Thorax	2300	134,06	a)	Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.			5425	Ganzkörper skelettszintigraphie	2250	131,15
5372	CT, Abdomen	2600	151,55	b)	Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.			5426	Teilkörperskelettszintigraphie	1260	73,44
5373	CT, Skelett	1900	110,75					5427	Zwei-Phasenszintigraphie des Blutpools	400	23,31
5374	CT, Zwischenwirbelräume	1900	110,75					5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie	2250	131,15
5375	CT, Aorta	2000	116,57						<i>f. Tumorszintigraphie</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 5375 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>								Tumorszintigraphie		
5376	Ergänzende CT, Xenon/High-Resolution-Technik/Zusatz-Kontrastmittelgabe, zusätzlich zu Nrn. 5370 bis 5375	500	29,14	<b>1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)</b>							
5377	Zuschlag, computergesteuerte Analyse	800	46,63	<i>a. Schilddrüse</i>							
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5400	Szintigraphie, Schilddrüse	350	20,40	5430	eine Region	1200	69,94
5378	CT zur Bestrahlungsplanung/interventionellen Maßnahmen	1000	58,29	5401	Szintigraphie, Schilddrüse, mit Bestimmung der Radionuklid-aufnahme/Jodidclearance-Aquivalent	1300	75,77	5431	Ganzkörper	2250	131,15
	<i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>			5402	Radiojodkurztzest, Schilddrüse, bis zu 24 Stunden	1000	58,29		<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.</i>		
5380	Osteodensitometrie, mit CT/digitaler Röntgentechnik	300	17,49		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>				<i>Für die Leistung nach Nr. 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en). Die Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
	<b>II. Nuklearmedizin</b>			5403	Radiojodtest, Schilddrüse, vor Radiojodtherapie	1200	69,94		<i>g. Nieren</i>		
	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			5440	Nierenfunktionsszintigraphie	2800	163,20
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.			5410	Szintigraphie, Gehirn	1200	69,94	5441	Perfusionsszintigraphie, Nieren	1600	93,26
2.	Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.			5411	Szintigraphie, Liquorraum	900	52,46	5442	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97
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.				<i>Für die Leistung nach Nr. 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i>				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
4.	Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.				<i>c. Lunge</i>			5443	Zusatzuntersuchung zu Nrn. 5440 oder 5441, mit Angabe der Indikation	700	40,80
5.	Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion – sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, so weit zu den Einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.			5415	Szintigraphie, Lungenperfusion, insgesamt	1300	75,77	5444	Clearanceuntersuchungen, Nieren	1000	58,29
6.	Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der intraartikulären, intralymphatischen, endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden – ist mit den Gebühren abgegolten, so weit zu den Einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.			5416	Szintigraphie, Lungenbelüftung mit Inhalation	1300	75,77		<i>Neben der Leistung nach Nr. 5444 ist die Leistung nach Nr. 5440 nicht berechnungsfähig.</i>		
					<i>d. Herz</i>				<i>h. Endokrine Organe</i>		
				5420	Radionuklidventrikulographie in Ruhe	1200	69,94	5450	Szintigraphie, endokrin aktives Gewebe	1000	58,29
				5421	Radionuklidventrikulographie in Ruhe und unter Stimulation	3800	221,49		<i>Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nr. 5473 berechnungsfähig.</i>				<i>Für die Leistung nach Nr. 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en). Die Leistung nach Nr. 5450 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.</i>		
				5422	Szintigraphie, Myokard in Ruhe	1000	58,29		<i>i. Gastrointestinaltrakt</i>		
					<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			5455	Szintigraphie, Gastrointestinaltrakt	1300	75,77
				5423	Szintigraphie, Myokard unter Stimulation	2000	116,57	5456	Szintigraphie, Leber/Milz	1300	75,77
				5424	Szintigraphie, Myokard in Ruhe und unter Stimulation	2800	163,20		<i>j. Hämatologie, Angiologie</i>		
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 5424 sind die Leistungen nach den Nrn. 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i>			5460	Szintigraphie, große Gefäße	900	52,46

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
5461	Szintigraphie, Lymphabflussgebiete	2200	128,23	5605	Tumorbehandlung mit radioaktiven Substanzen	2250	131,15		der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.		
5462	Lebenszeit/Kinetik, Blutzellen	2200	128,23	5606	Bestimmung der Therapieradioaktivität	900	52,46		4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose, das/die Zielvolumen/ina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfractionen.		
5463	Zuschlag zu Nr. 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14		<i>Die Leistung nach Nr. 5606 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>						
Szintigraphische Suche Entzündungsherde/Thromben				5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen	1620	94,43		<b>1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen</b>		
5465	eine Region	1260	73,44		<i>Die Leistung nach Nr. 5607 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>			5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	14,57
5466	Ganzkörper	2250	131,15						<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5800 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>		
<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.</i>				<b>III. Magnetresonanztomographie</b>							
<i>Für die Leistungen nach den Nrn. 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i>				Allgemeine Bestimmungen							
<b>k. Resorptions- und Exkretionsteste</b>				Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.							
5470	Szintigraphie, Metabolismus von körpereigenen Stoffen	950	55,37	Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nr. 5735 zu beachten.							
<b>i. Sonstige</b>				5700	MRT, Kopf/Hals	4400	256,46	Orthovoltstrahlenbehandlung			
5472	Szintigraphie/Funktionsmessung ohne Gruppenzuordnung	950	55,37	5705	MRT, Wirbelsäule	4200	244,81	5802	Bestrahlung, je Fraktion	200	11,66
5473	Funktionsszintigraphie	900	52,46	5715	MRT, Thorax/Hals/Aorta	4300	250,64	5803	Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion	100	5,83
<i>Die Leistung nach Nr. 5473 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>				5720	MRT, Abdomen/Becken	4400	256,46	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5474	Nachweis inkorporierter Radionuklide	1350	78,69	5721	MRT, Mamma(e)	4000	233,15	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>			
<b>m. Mineralgehalt</b>				5729	MRT, Gelenk(e)/Extremitäten-Abschnitte	2400	139,89	5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29
5475	Osteodensitometrie, Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	5730	MRT, Extremität(en)	4000	233,15	5806	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion	2000	116,57
<b>n. Ergänzungsleistungen</b>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5730 ist die Leistung nach Nr. 5729 nicht berechnungsfähig.</i>							
Allgemeine Bestimmung				5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn. 5700 bis 5730	1000	58,29	<b>2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung</b>			
Die Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.				5732	Zuschlag zu Nrn. 5700 bis 5730 für Positions-/Spulenwechsel	1000	58,29	5810	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	11,66
5480	Bestimmung von Impulsen mittels Gammakamera	750	43,72	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5810 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>			
5481	Sequenzszintigraphie	680	39,64	5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	800	46,63	<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>			
5483	Subtraktionsszintigraphie	680	39,64	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion	190	11,07
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen	1300	75,77	5735	Höchstwert für Nrn. 5700 bis 5730	6000	349,72	<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>			
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler	980	57,12	<i>Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
<b>o. Emissions-Computer-Tomographie</b>				<b>IV. Strahlentherapie</b>							
5486	SPECT	1200	69,94	Allgemeine Bestimmungen							
5487	SPECT, mit regionaler Quantifizierung	2000	116,57	1. Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.							
5488	PET	6000	349,72	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.							
5489	PET, mit quantifizierender Auswertung	7500	437,15	3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung							
<b>2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)</b>				Allgemeine Bestimmungen							
5600	Radiojodtherapie, Schilddrüse	2480	144,55	Die Leistungen nach den Nrn. 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berech-							
5602	Radiophosphorthherapie, blutbildende Organe	1350	78,69								
5603	Radiopharmazeutika-Behandlung, Knochenmetastasen	1080	62,95								
5604	Radiopharmazeutika-Instillation in Körperhöhlen	2700	157,38								
				<b>3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)</b>							
				Allgemeine Bestimmungen							

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	nungsfähig. Muss diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich. Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z. B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann. Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.			5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintritts- felder, je Fraktion	120	6,99		<i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>		
				<b>4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden</b>				5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29
				Allgemeine Bestimmungen				5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57
				Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen. Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.				5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14
5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungs- serie	1500	87,43		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5831 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>				<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>			5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18
5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnitts- zeichnung, je Bestrahlungsserie	500	29,14	5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozess- rechner, je Bestrahlungsserie	2000	116,57	<b>P. SEKTIONSLEISTUNGEN</b>			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	99,67
5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozess- rechner, je Bestrahlungsserie	2000	116,57	5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	17,49	6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/ umfangreich	2300	134,06
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29	6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	186,52
5834	Bestrahlung mittels Telekobalt- gerät, je Fraktion	720	41,97	5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40	6003	Teilweise innere Leichenschau	739	43,07
5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintritts- felder, je Fraktion	120	6,99	<b>5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken</b>				6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	32,31
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	58,29	5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation	6900	402,18	6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	14,11
								6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichen- schau, je Knochen	300	17,49
								6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau	1045	60,91
								6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven/Rückenmark/Gehirn nach innerer Leichenschau	300	17,49

