



Recht

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

mit verkürzten Leistungs-
bezeichnungen – Kurz-GOÄ –



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stand: September 2008
Bestellnr.: 12-020408-20

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

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2

Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5 a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nr. und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

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

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

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

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

1. Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,

2. Visiten nach den Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie

3. Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung, wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

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

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

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

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

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

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

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

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

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

§ 7

Entschädigungen

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

§ 8

Wegegeld

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

1. bis zu zwei Kilometern 3,58 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,65 Euro, bei Nacht 10,23 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 Euro, bei Nacht 15,34 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 15,34 Euro, bei Nacht 25,56 Euro.

(2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

(3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versicherterstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9

Reiseentschädigung

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 26 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 Euro je Tag,
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.
- (3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 10

Ersatz von Auslagen

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerringe,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für

5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

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

§ 11

Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

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

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

§ 12

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nr. und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

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

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies

durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nr. 3 generell zu begründen.

4. Die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.

5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.

6. Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.

7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

8. Neben einer Leistung nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nrn. 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	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.											
4	Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en)	220	12,82								
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.											
5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66								
Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.											
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus)	100	5,83								
Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere: - 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 Nasennennern, 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. - Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.											
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)	160	9,33								
Die vollständige körperliche Untersuchung eines				Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere: - bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel; - bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe; - bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung; - bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; - bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs. - Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.			
				II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8				D Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag			
				8 Ganzkörperstatus				220 12,82			
				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.				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.			
				11 Digitaluntersuchung Mastdarm / Prostata				K 1 Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr			
				60 3,50				120 6,99			
				15 Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken							
				300 17,49							
				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.				III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen			
				Allgemeine Bestimmungen				20 Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten)			
				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.				120 6,99			
				A Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde				21 Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung			
				70 4,08				360 20,98			
				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.				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.			
				B Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr				22 Eingehende Beratung einer Schwangeren			
				180 10,49				300 17,49			
				C Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr				23 Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft			
				320 18,65				300 17,49			
				Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der				Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.			
								24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf			
								200 11,66			
								Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.			
								25 Neugeborenen-Erstuntersuchung			
								200 11,66			
								Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.			
								26 Früherkennungsuntersuchung beim Kind			
								450 26,33			
								Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
	Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				gen 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.				nungsfähig.			
27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau	320	18,65					56	Verweilen, je angefangene halbe Stunde	180	10,49	
	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.								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.			
28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann	280	16,32	46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91	60	Konsiliarische Erörterung	120	6,99	
	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.				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.				Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).			
29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen	440	25,65					61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde	130	7,58	
	Neben der Leistung nach Nr. 29 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				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.				Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.			
30	Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde)	900	52,46	48	Besuch, Pflegestation	120	6,99	62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74	
	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.				Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.				Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.			
31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)	450	26,23	50	Besuch mit Beratung und Untersuchung	320	18,65					
	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.				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.							
32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	400	23,31	51	Mitbesuch eines weiteren Kranken	250	14,57					
					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.							
33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49	52	Besuch durch nichtärztliches Personal	100	5,83					
	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.				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.							
34	Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49	55	Begleitung eines Patienten durch den Arzt	500	29,14					
	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.				Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.							
IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz								V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62				
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08					Allgemeine Bestimmungen				
	Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen							Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.				
								E	Zuschlag, unverzüglich erfolgte Ausführung	160	9,33	

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
270	Infusion, subkutan	80	4,66	III. Punktionen				beider Herzhälften 400 23,31			
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten	120	6,99	Allgemeine Bestimmung				<i>Die Leistung nach Nr. 356 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
272	Infusion, intravenös, mehr als 30 Minuten	180	10,49	<i>Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.</i>				<i>Wird die Leistung nach Nr. 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
273	Infusion, intravenös, beim Kind bis zum 4. Lebensjahr	180	10,49	300	Punktion, Gelenk	120	6,99	357	Kontrastmitteleinbringung, Brust-/Bauchaorta, je Sitzung	500	29,14
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>				301	Punktion, Ellenbogen-/Knie-/ Wirbelgelenk	160	9,33	<i>Wird die Leistung nach Nr. 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 351 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
<i>Werden die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>				302	Punktion, Schulter-/Hüftgelenk	250	14,57	360	Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herzkranzgefäß, je Sitzung	1000	58,29
274	Dauertropfinfusion, intravenös, mehr als 6 Stunden	320	18,65	303	Punktion, Drüse/Schleimbeutel o.ä./Hämatom/Abszess	80	4,66	<i>Die Leistung nach Nr. 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.</i>			
<i>Neben der Leistung nach Nr. 274 sind die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>				304	Punktion, Augenhöhle	160	9,33	<i>Die Leistung nach Nr. 360 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 90 Minuten	360	20,98	305	Punktion, Liquorräume	350	20,40	361	Kontrastmitteleinbringung, weiteres Herzkranzgefäß	600	34,97
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 6 Stunden	540	31,48	305a	Punktion, Liquorräume, durch Fontanelle	250	14,57	<i>Die Leistung nach Nr. 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>			
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten	180	10,49	306	Punktion, Lunge/Gehirn	500	29,14	365	Kontrastmitteleinbringung zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31
278	Infusion, intraarteriell, mehr als 30 Minuten	240	13,99	307	Punktion, Pleuraraum/Bauchhöhle	250	14,57	368	Kontrastmitteleinbringung zur Bronchographie	400	23,31
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49	308	Gewebeentnahme, Pleura	350	20,40	370	Kontrastmitteleinbringung, Gänge/Fisteln	200	11,66
280	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat	330	19,23	310	Punktion, Herzbeutel	350	20,40	372	Kontrastmitteleinbringung, Zwischenwirbelraum	280	16,32
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 280 berechnungsfähig.</i>				311	Punktion, Knochenmark	200	11,66	373	Kontrastmitteleinbringung, Gelenk	250	14,57
281	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat, beim Neugeborenen	450	26,23	312	Knochenstanze	300	17,49	374	Kontrastmitteleinbringung, Dünn- darm	150	8,74
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 281 berechnungsfähig.</i>				314	Punktion, Mamma/Lymphknoten	120	6,99	V. Impfungen und Testungen			
282	Transfusion, jede weitere Blutkon- serve oder Blutpräparat	150	8,74	315	Punktion eines Organs	250	14,57	Allgemeine Bestimmungen			
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 282 berechnungsfähig.</i>				316	Punktion, Douglasmaum	250	14,57	<i>1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.</i>			
283	Infusion, Aorta, beim Neugebo- renen	500	29,14	317	Punktion, Adnextumor	350	20,40	<i>2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			
284	Eigenbluteinspritzung	90	5,25	318	Punktion, Harnblase/Wasserbruch	120	6,99	<i>3. Neben den Leistungen nach den Nrn. 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpass nicht berechnungsfähig.</i>			
285	Aderlass	110	6,41	319	Punktion, Prostata/Schilddrüse	200	11,66	<i>4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.</i>			
286	Reinfusion, erste Einheit Eigenblut/plasma	220	12,82	321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	50	2,91	<i>5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.</i>			
286a	Reinfusion, jede weitere Einheit Eigenblut/-plasma	100	5,83	IV. Kontrastmitteleinbringungen				375	Schutzimpfung, intramuskulär/ subkutan	80	4,66
287	Blutaustauschtransfusion	800	46,63	Allgemeine Bestimmungen				376	Schutzimpfung, oral und Beratung	80	4,66
288	Entnahme einer Einheit Eigenblut	230	13,41	<i>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.</i>				377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91
289	Entnahme einer Einheit Eigenblut mit Aufbereitung	350	20,40	340	Kontrastmitteleinbringung, zerebrospinale Liquorräume	400	23,31	378	Simultanimpfung, Wundstarrkrampf	120	6,99
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99	344	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, bis zu 10 Minuten	100	5,83	380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75
291	Implantation von Hormonpresslingen	70	4,08	345	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, mehr als 10 Minuten	130	7,58	381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test)	20	1,17
297	Abstrich zur zytologischen Untersuchung	45	2,62	346	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, Hochdruckinjektion	300	17,49	382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test)	15	0,87
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				347	Weitere intravenöse Kontrastmittel- einbringungen mittels Hochdruck- injektion	150	8,74	<i>Die Leistung nach Nr. 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>			
298	Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung	40	2,33	350	Kontrastmitteleinbringung, intraarteriell	150	8,74	<i>Wird die Leistung nach Nr. 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				351	Kontrastmitteleinbringung, Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14	<i>Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
299	Abstrich zur zytologischen Untersuchung	45	2,62	355	Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herz und herznahe Gefäße, je Sitzung	600	34,97	<i>Wird die Leistung nach Nr. 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				356	Zuschlag zu Nr. 355, Herzkatheter			<i>Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 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>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>				<i>nach den Nrn. 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>			433	Ausspülung des Magens	140	8,16
383	Kutane Testung	30	1,75	402	Zuschlag, transösophageale Untersuchung	250	14,57	435	Stationäre Intensivmedizinische Überwachung und Behandlung, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46
384	Stempeltest	40	2,33		<i>Der Zuschlag nach Nr. 402 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nr. 435 berechnet werden.</i>		
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62	403	Zuschlag, transkavitäre Untersuchung	150	8,74		<i>Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nr. 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nr. 435 nicht berechnet.</i>		
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test)	30	1,75		<i>Der Zuschlag nach Nr. 403 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Mit der Gebühr für die Leistung nach Nr. 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.</i>		
387	Pricktest, je Test (41. bis 80.)	20	1,17	404	Zuschlag, Frequenzspektrumanalyse	250	14,57	437	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer	500	29,14
	<i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitsereignern) – nicht berechnungsfähig.</i>		
388	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04	405	Zuschlag zu Nrn. 415 oder 424, cw-Doppler	200	11,66		VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen		
389	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46	406	Zuschlag zu Nr. 424, Farbkodierung	200	11,66		Allgemeine Bestimmungen		
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50	408	Transluminale Sonographie, je Sitzung	200	11,66		1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.		
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33	410	Ultraschalluntersuchung, ein Organ	200	11,66		<i>Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.</i>		
	<i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>				2. Die Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
393	Nasaler/konjunktivaler Provokationstest, je Test	100	5,83	412	Ultraschalluntersuchung, Schädel, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32		3. Die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen		
394	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 393, je Tag	300	17,49	413	Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32		– nach den Nrn. 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,		
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	280	16,32	415	Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge	300	17,49		– nach den Nrn. 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,		
396	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 395, je Tag	560	32,64	417	Ultraschalluntersuchung, Schilddrüse	210	12,24		– nach den Nrn. 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,		
397	Bronchialer Provokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15	418	Ultraschalluntersuchung, Brustdrüse	210	12,24		– nach den Nrn. 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,		
398	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 397, je Tag	760	44,30	420	Ultraschalluntersuchung, bis zu drei weiteren Organen, je Organ	80	4,66		– nach den Nrn. 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755,		
399	Oraler Provokationstest	200	11,66		<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
				422	Eindimensionale Echokardiographie	200	11,66				
				423	Zweidimensionale Echokardiographie – einschließlich Nr. 422 –	500	29,14				
				424	Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließlich Nr. 423 –	700	40,80				
					VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen						
				427	Apparative Beatmung, bis zu 12 Stunden	150	8,74				
				428	Apparative Beatmung, mehr als 12 Stunden, je Tag	220	12,82				
					<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>						
				429	Wiederbelebungsversuch	400	23,31				
				430	Elektro-Defibrillation/-Stimulation, Herz	400	23,31				
					<i>Die Leistung nach Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>						
				431	Elektrokardioskopie	100	5,83				
					<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
					<i>Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>						

VI. Sonografische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

401 Zuschlag zu Nrn. 410 - 418, Duplex-Verfahren **400 23,31**

Der Zuschlag nach Nr. 401 ist neben den Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K, oder nach den Nrn. 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen. Die Zuschläge nach den Nrn. 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen. Die Zuschläge nach den Nrn. 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nrn. 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nrn. 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.				einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.			460	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	23,55
				443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten	750	43,72	461	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77
					Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.			462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73
				444	Zuschlag, ambulante Operation mit 800 bis 1199 Punkten	1300	75,77	463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28
					Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.			469	Kaudalanästhesie	250	14,57
				445	Zuschlag, ambulante Operation mit 1200 und mehr Punkten	2200	128,23	470	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	23,31
					Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.			471	Lumbalanästhesie/ periduralen Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	34,97
				446	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 200 bis 399	300	17,49	472	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	46,63
					Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berechnungsfähig.			473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	34,97
				447	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 400 und mehr Punkten	650	37,89	474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	52,46
					Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berechnungsfähig.			475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zur Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	26,23
				448	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 2 Stunden)	600	34,97	476	Armplexus-/Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde	380	22,15
					Der Zuschlag nach Nr. 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 448 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 449 nicht berechnungsfähig.			477	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07
				449	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 4 Stunden)	900	52,46	478	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	13,41
					Der Zuschlag nach Nr. 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 449 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 448 nicht berechnungsfähig.			479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,07
440	Zuschlag, Operationsmikroskop	400	23,31	480	Blutdrucksenkung während Narkose	222	12,94	481	Hypothermie während Narkose	475	27,69
	Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.			483	Lokalanästhesie, tiefere Nasenschnitte/ Rachen	46	2,68	484	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	2,68
441	Zuschlag, Laser			485	Lokalanästhesie, Trommelfell/ Paukenhöhle	46	2,68	488	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	2,68
	Der Zuschlag nach Nr. 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro. Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.			489	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/ Kehlkopf/ Rachen	145	8,45	490	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	3,56
442	Zuschlag, ambulante Operation mit einer Bewertung von 250 bis 499 Punkten	400	23,31	491	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	7,05	493	Leitungsanästhesie, perineural	61	3,56
	Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.			494	Leitungsanästhesie, endoneural	121	7,05	495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05
				497	Sympathikusblockade (Lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	12,82	498	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	17,49

E.

PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Inhalationen

500	Inhalationstherapie	38	2,21
501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	5,01
	Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.		

D.

ANÄSTHESIELEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

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

450	Rauschnarkose	76	4,43
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07
453	Vollnarkose	210	12,24

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen				552	Iontophorese	44	2,56		Atemwegwiderstand	757	44,12
505	Atmungsbehandlung	85	4,95	553	Vierzellenbad	46	2,68		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung	120	6,99	554	Hydroelektrisches Vollbad	91	5,30		<i>Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>		
507	Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung	80	4,66	555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	614	Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung	150	8,74
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41	558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99	615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode	227	13,23
509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	2,21	VII. Lichttherapie				616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung	303	17,66
510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	4,08	560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	1,81		<i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>			617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	19,88
514	Extensionsbehandlung, Wärmetherapie und Massage	105	6,12	561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	1,81	620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten	152	8,86
515	Extensionsbehandlung	38	2,21	562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	2,68		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/Perlggerät	65	3,79		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	7,40
518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99	563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	2,68	622	Akrale infrarot-oszillographische Untersuchung	182	10,61
	III. Massagen			564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	5,30	623	Flüssig-Kristall-Thermographie	140	8,16
520	Teilmassage	45	2,62	565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99		<i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>		
521	Großmassage, je Sitzung	65	3,79	566	Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag	500	29,14	624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung	330	19,23
523	Bindegewebsmassage/ Periomassage/ manuelle Lymphdrainage	65	3,79	567	Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30		<i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>		
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	2,04	569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75	626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1000	58,29
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21		F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE				<i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	5,48	600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	4,25		<i>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>		
	IV. Hydrotherapie und Packungen			601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56	627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1500	87,43
530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04	602	Oxymetrische Untersuchung	152	8,86		<i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
531	Ansteigendes Teilbad	46	2,68	603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes	90	5,25		<i>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>		
532	Ansteigendes Vollbad	76	4,43		<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>			628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360	800	46,63
533	Subaquales Darmbad	150	8,74	604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	160	9,33		<i>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>		
	V. Wärmebehandlung				<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>			629	Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	2000	116,57
535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	1,92	605	Ruhepirographische Untersuchung	242	14,11		<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	2,97	605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	8,16		<i>Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	606	Spiroergometrische Untersuchung	379	22,09	630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle	908	52,92
539	Ultraschallbehandlung	44	2,56	607	Residualvolumenbestimmung	242	14,11		<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	VI. Elektrotherapie			608	Ruhepirographische Teiluntersuchung, insgesamt	76	4,43		<i>Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung	37	2,16	609	Bestimmung der Sekundenkapazität	182	10,61		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		
549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	3,21	610	Ganzkörperplethysmographie	605	35,26		<i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>		
551	Reizstrombehandlung	48	2,80	611	Bestimmung der Lungendeharbarkeit	605	35,26				
	<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nrn. 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>			612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1217	Strabismus	91	5,30	1278	Hornhaut	152	8,86	1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07
	Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	14,11	1279	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Hornhaut	278	16,20	1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	32,29
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1217 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>			1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern, aus Augenninnern	1290	75,19	1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70
1218	Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufs beider Augen	700	40,80	1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern/Geschwulst, aus Augenninnern	2220	129,40	1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	43,07
1225	Kampimetrie/Perimetrie	121	7,05	1282	Entfernung Geschwulst/Kalkinfarkten, Lider/Augapfelbindehaut	152	8,86	1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26
1226	Projektionsperimetrie	182	10,61	1283	Entfernung Fremdkörper/Geschwulst, Augenhöhle	554	32,29	1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63
1227	Quantitativ abgestufte Profilperimetrie	248	14,46	1284	Entfernung von Fremdkörpern/Geschwulst mit Muskelablösung, Augenhöhle	924	53,86	1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	61	3,56	1285	Entfernung von Fremdkörpern/Geschwulst mit Resektion der Orbitalwand, Augenhöhle	1480	86,27	1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61	1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita	1500	87,43	1345	Hornhautplastik	1660	96,76
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21	1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle	1850	107,83	1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1233 ist die Leistung nach Nr. 1234 nicht berechnungsfähig.</i>			1292	Operation der Augenhöhlen-/Tränensackphlegmone	278	16,20	1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61
1234	Untersuchung des Dämmerungsehens, ohne Blendung	91	5,30	1293	Dehnung/Durchspülung/Sondierung/Salbenfüllung/ Kautistik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31	1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50
1235	Untersuchung des Dämmerungsehens, während Blendung	91	5,30	1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58	1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83
1236	Untersuchung des Dämmerungsehens, nach Blendung	91	6,30	1297	Operation des evertierten Tränenpunkchens	152	8,86	1350	Staroperation	2370	138,14
1237	Elektroretinographische/ elektrookulographische Untersuchung	600	34,97	1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanales	132	7,69	1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46
1240	Spaltlampe-mikroskopie	74	4,31	1299	Tränensackexstirpation	554	32,29	1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92
1241	Gonioskopie	152	8,86	1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses, mit Knochenfenestierung	1220	71,11	1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	152	8,86	1301	Exstirpation/ Verödung der Tränendrüse	463	26,99	1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56	1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus	924	53,86	1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70
1244	Exophthalmometrie	50	2,91	1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41	1356	Eröffnung/Spülung/Wiederherstellung der Augenvorderkammer	370	21,57
1248	Fluoreszenzuntersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	242	14,11	1304	Plastische Korrektur, Entropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	53,86	1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	484	28,21	1305	Operation der Lidsenkung	739	43,07	1358	Zyklodialyse/Iridektomie	1000	58,29
	<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>			1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70	1359	Zyklodiatthermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation	500	29,14
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers	273	15,91	1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27	1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung	273	15,91	1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	64,70	1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83
1252	Spaltlampefotographie	100	5,83	1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation	1850	107,83	1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61
1253	Fundusfotographie	150	8,74	1313	Abreiben/Skarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75	1365	Lichtkoagulation bei Netzhautablösung/-blutung, je Sitzung	924	53,86
1255	Tonometrische Untersuchung, Impressionstonometer	70	4,08	1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31	1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70
1256	Tonometrische Untersuchung, Applanationstonometer	100	5,83	1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	107,83	1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen	2220	129,40
1257	Tonometrische Untersuchung, mehrfach in zeitlichem Zusammenhang	242	14,11	1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03	1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61
1259	Pupillographie	242	14,11	1321	Operation des Flügelbells	296	17,25	1369	Koagulation/Lichtkautistik, Netz-/ Aderhauttumor	1850	107,83
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64	1322	Operation des Flügelbells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86
1262	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, erste Messung	242	14,11	1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91	1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19
1263	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, jede weitere Messung	152	8,86	1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/Lederhautwunde	230	13,41	1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86	1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70	1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86	1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/ Lederhautverletzung	1850	107,83	1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernverflüssigung		
1270	Pleoptische/orthoptische Behandlung an optischen Zusatz-/Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15	1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	188,27	1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01
1271	Auswahl/Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68					1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern, Bindehaut/Hornhaut	37	2,16					1377	Entfernung einer Silikon-/ Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern, Hornhaut/Lederhaut	74	4,31								
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern,										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06	1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase	355	20,69	1830	Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeentnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70
1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/Skrotalfächer	180	10,49	1798	Urethradruckprofilmessung	550	32,06	1831	Dekapsulation einer Niere/ Senknierenoperation	1480	86,27
1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	26,99		<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>			1832	Operative Anlage einer Nierenfistel	1660	96,76
1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	48,50					1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81
1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29	1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74	1834	Operation eines abberrierenden Nierengefäßes	1480	86,27
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70	1800	Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27	1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27
1759	Transpenile/transskrotale Venenembolisation	2800	163,20	1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkörpern, Koagulation von Geschwülsten, Fistelkatheter	1480	86,27	1836	Nierenpolresektion	2770	161,46
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27	1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07	1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07	1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70	1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung	1200	69,94		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1803 ist die Leistung nach Nr. 1802 nicht berechnungsfähig.</i>			1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83	1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81	1805	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion	1850	107,83	1841	Nephrektomie	2220	129,40
1765	Hodentfernung, einseitig	739	43,07	1806	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion/ Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40	1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27
1766	Hodentfernung, beidseitig	1200	69,94	1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23	1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48
1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	26,99	1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78	1845	Implantation einer Niere	4990	290,85
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94	1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70	1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27	1812	Ureterverweilschiene/Ureterkatheter	340	19,82	1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27
1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86		<i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>			1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40
1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	86,27	1814	Harnleiterbougieung	900	52,46	1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62	1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitung des Harnleiterostiums	1110	64,70	1850	Explantation/plastische Versorgung/Replantation einer Niere	6500	378,87
1776	Eröffnung eines Prostataabszesses, vom Damm aus	370	21,57		<i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86
1777	Elektro-/Kryoresektion der Prostata	924	53,86	1816	Schlitung des Harnleiterostiums	481	28,04	1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80
1778	Operative Entfernung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83	1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40	1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94
1779	Totale Entfernung, Prostata/Samenblasen	2590	150,96	1818	Ureterektomie	2770	161,46		<i>Neben der Leistung nach Nrn. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i>		
1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83	1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58	1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27
1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46	1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96	1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70	1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10	1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung	1850	107,83	1825	Harnleiterplastik, mit Antirefluxplastik	2770	161,46				
1784	Totale Entfernung der Prostata/Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01	1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99				
1785	Zystoskopie	207	12,07	1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougieung, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43				
1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	20,69	1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43				
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69	1829	Harnleiterfreilegung	2590	150,96				
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25	1829a	Ureterolyse	1110	64,70				
1789	Chromozystoskopie	325	18,94		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	21,57								
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung	148	8,63								
1792	Uroflowmetrie	212	12,36								
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31								
	<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>										
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	39,64								
	<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 1794 ist die Leistung nach Nr. 1793 nicht berechnungsfähig.</i>										
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Kathetereinlegung	273	15,91								
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07								

L. CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE

Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung											
2000	Erstversorgung, kleine Wunde	70	4,08	2064	nach Nr. 2062 Sehnen-/Faszien-/Muskelver- längerung	126	7,34	2113	bogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2001	Versorgung, kleine Wunde, mit Naht	130	7,58	2065	Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	924	53,86	2117	Synovektomie, Hüftgelenk	1850	107,83
2002	Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht	160	9,33	2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	250	14,57	2118	Meniskusoperation	1480	86,27
2003	Erstversorgung, große/verunreinigte Wunde	130	7,58	2067	Operation, Hand-/Fußmißbildung	1660	96,76	2119	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk	463	26,99
2004	Versorgung, große Wunde, mit Naht	240	13,99	2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnel- syndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76	2120	Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2005	Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht	400	23,31	2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83	2121	Denervation, Finger-/Zehngelenk	650	37,89
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Exzision des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i>											
2006	Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde	63	3,67	2072	Offene Sehnen-/Muskeldurch- schneidung	463	26,99	2122	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/ Fuß-/Kniegelenk	1300	75,77
2007	Entfernung von Fäden/Klammern	40	2,33	2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89	2123	Resektion, Finger-/Zehngelenk	407	23,72
2008	Wund-/Fistelspaltung	90	5,25	2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12	2124	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fuß- gelenk	1110	64,70
2009	Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche	100	5,83	2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86	2125	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83
2010	Fremdkörper-Entfernung, tiefsitzend in Weichteilen/Knochen	379	22,09	2076	Operative Lösung von Verwachs- ungen um eine Sehne	950	55,37	2126	Kopf-/Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2220	129,40
2015	Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen	60	3,50	2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99	2126	Kopf-/Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2770	161,46
II. Extremitätenchirurgie											
2029	Anlegen einer Blutleere/-sperre, Extremität	50	2,91	2081	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86	2130	Operative Versteifung, Finger-/ Zehngelenk	650	37,89
2030	Eröffnung, subkutanes Panaritium/ Paronychie, mit Nagel-Exzaktion	130	7,58	2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes	1650	96,17	2131	Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk	1300	75,77
2031	Eröffnung, ossales Panaritium/ Sehnenscheidenpanaritium	189	11,02	2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17	2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46
2032	Anlage einer Spül-/Saugdrainage	250	14,57	2084	Sehnenscheidenstenosenoperation	407	23,72	2133	Operative Versteifung, Kniege- lenk	2100	122,40
2033	Nagel-Exzaktion	57	3,32	2087	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Teilentfernung Palmara- poneurose	924	53,86	2134	Arthroplastik, Finger-/Zehngelenk	924	53,86
2034	Nagel-Ausrottung, mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	2088	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmara- poneurose	1100	64,12	2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/ Fußgelenk	1400	81,60
2035	Plastische Operation am Nagelwall	180	10,49	2089	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmara- poneurose/Strangresektion an Fingern/ Z-/Zickzackplastik	1800	104,92	2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/ Kniegelenk	1660	96,76
2036	Anlegen einer Nagelspanne	45	2,62	2090	Spülung, Sehnenscheidenpana- ritium, je Sitzung	63	3,67	2137	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40
2040	Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile	554	32,29	2091	Sehnenscheidenradikaloperation	924	53,86	2140	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehngelenk oder Fingerprothese	1000	58,29
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik	700	40,80	2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72	2141	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/ Zehngelenk oder Fingerprothese	1800	104,92
2042	Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung	1100	64,12	2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91	2142	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38
2043	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	III. Gelenkchirurgie							
2044	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie	1700	99,09	Allgemeine Bestimmungen							
2045	Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk	600	34,97	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.							
2050	Fingerverlängerung mittels Knochen- transplantation, mit Fernlappen- plastik	1800	104,92	Neben den Leistungen nach den Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.							
2051	Operation eines Ganglions, am Hand-/Fußgelenk	600	34,97	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.							
2052	Operation eines Ganglions, am Fingergelenk	554	32,29	2100	Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh	278	16,20	2144	Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	3600	209,83
2053	Replantation eines Fingers	2400	139,89	2101	Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/ Hand/Fuß	554	32,29	2145	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/ Kniegelenk	6480	377,70
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation/ Daumen- Zeigefingerbildung bei Daumen- hypoplasie	2400	139,89	2102	Gelenkkapsel-Naht, Schulter/ Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel	1110	64,70	2146	Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	1800	104,92
2055	Replantation, Hand, im Mittel- hand-/Handwurzel-/Unterarm- bereich	7000	408,01	2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk	1850	107,83	2147	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	3240	188,85
2056	Replantation, Arm/Bein	8000	466,30	2104	Bandplastik des Kniegelenks	2310	134,64	2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie	2100	122,40
2060	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41	2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehngelenk	550	32,06	2149	Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate	2770	161,46
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060	74	4,31	2106	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmo- se	1110	64,70	2150	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/ Hüftpfanne	4980	290,27
2062	Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke	370	21,57	2110	Synovektomie, Finger-/Zehnge- lenk	750	43,72	2151	Endoprothetischer Totalersatz, Hüftpfanne/Hüftkopf	3700	215,66
2063	Entfernung einer Drahtstiftung			2111	Synovektomie, Hand-/Fußgelenk	1110	64,70	2152	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne/ Hüftkopf	6660	388,19
				2112	Synovektomie, Schulter-/Ellen- bogen-/Kniegelenk	1480	86,27	2153	Endoprothetischer Totalersatz, Kniegelenks	3700	215,66
								2154	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Total- ersatz eines Kniegelenks	6660	388,19
								2155	Eröffnung, vereitertes Finger-/ Zehngelenk	148	8,63
								2156	Eröffnung, vereitertes Kiefer-/ Hand-/Fußgelenk	463	26,99
								2157	Eröffnung, vereitertes Schulter-/ Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbel-		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	gelenk	924	53,86	2210	Operative Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	407	23,72	2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19
2158	Exartikulation, Finger/Zehe	370	21,57	2211	Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	278	16,20	2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2159	Exartikulation, Hand/Fuß	924	53,86	2212	Einrenkung, alte Luxation Hand-/Fußgelenk	420	24,48	2253	Knochenspanentnahme	647	37,71
2160	Exartikulation, Ellenbogen-/Kniegelenk	1110	64,70	2213	Operative Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	1110	64,70	2254	Implantation von Knochen	739	43,07
2161	Exartikulation, Schultergelenk	1290	75,19	2214	Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57	2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27
2162	Exartikulation, Hüftgelenk	1480	86,27	2215	Einrenkung, alte Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	540	31,48	2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99
2163	Operative Entfernung, Schultergürtelhälfte	1850	107,83	2216	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83	2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63
2164	Operative Entfernung, Beckenhälfte, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	2217	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83	2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94
2165	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	2218	Einrenkung, Luxation Schultergelenk	370	21,57	2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43
2167	Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes	3200	186,52	2219	Operative Einrenkung, Luxation Schultergelenk	1850	107,83	2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2168	Entfernung einer Kniegelenkendoprothese, mit Gelenkversteifung	3200	186,52	2220	Operation, habituelle Luxation Schultergelenk	2250	131,15	2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76
2170	Amputation, Finger/Zehe, mit plastischer Deckung	463	26,99	2221	Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk/ Knie Scheibe	111	6,47	2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46
2171	Amputation, Finger-/Zehenstrahl in Mittelhand/-fuß, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2222	Einrenkung, alte Luxation Schlüsselbeingelenk/ Knie Scheibe	170	9,91	2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83
2172	Amputation, Mittelhand-/Mittelfußknochen, mit plastischer Deckung	924	53,86	2223	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk	400	23,31	2267	Knochenzerbrechung	463	26,99
2173	Amputation, Unterarm/Unterschlenkel/Oberarm, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2224	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese	800	46,63	2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92
2174	Amputation, Oberschenkel, mit plastischer Deckung	1290	75,19	2225	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese/Rekonstruktion des Bandapparat	1000	58,29	2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92
2181	Lockerung/Streckung, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	227	13,23	2226	Einrenkung, eingeklemmter Meniskus/ Subluxation Radiusköpfchen/ Luxation Sternoklavikulargelenk	120	6,99	2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86
2182	Lockerung/Streckung, Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Kniegelenk	379	22,09	2230	Operation, Luxation Knie Scheibe	900	52,46	2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel	740	43,13	2231	Einrenkung, Luxation Hüftgelenk	739	43,07	2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64
2184	Anlegen von Halo-Extensionen bei Skoliosen/Kyphosen	1000	58,29	2232	Einrenkung, alte Luxation Hüftgelenk	1110	64,70	2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46
2189	Arthroskopische Operation, Meniskus, Entfernung/Teilresektion	1500	87,43	2233	Einrenkung, angeborene Luxation Hüftgelenk	550	32,06	2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05
2190	Arthroskopische Operation, Meniskus, Naht/Refixation	1800	104,92	2234	Stellungsänderung/ Folgebehandlung bei Therapie nach Nr. 2233	473	27,57	2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeindefekt	3500	204,01
2191	Arthroskopische Operation, Kreuz-/Seitenband am Kniegelenk	2000	116,57	2235	Operation, habituelle Luxation Kniegelenk	1660	96,76	2279	Chemonukleolyse	600	34,97
2192	Arthroskopische Operation, Zuschlag zu Nr. 2191 für weiteres Band desselben Kniegelenks	500	29,14	2236	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kapselbandapparat	1850	107,83	2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16
2193	Arthroskopische Operation, Synovektomie an Knie-/Hüftgelenk	1800	104,92	2237	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46	2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60
2195	Zuschlag, weitere Operation an demselben Gelenk - zusätzlich zu Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49	2238	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27	2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27
2196	Diagnostische Arthroskopie bei Nrn. 2189 bis 2191, 2193	250	14,57	2239	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation	1480	86,27	2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83
IV. Gelenkluxationen				2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Knocheneinpflanzung/Beckenosteotomie	2770	161,46	2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29
Allgemeine Bestimmungen				2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27
Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.				2242	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46	2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72
2203	Einrenkung, Luxation Wirbelgelenk	739	43,07	2243	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27	2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Aufspreis-/Abstützvorrichtung	3700	215,66
2204	Einrenkung, alte Luxation Wirbelgelenk	1110	64,70	2244	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27	2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06
2205	Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	93	5,42	2245	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2289	Neueinpflanzung, Aufspreis-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15
2206	Einrenkung, alte Luxation Finger-/Zehengelenk	140	8,16	2246	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46
2207	Einrenkung, Luxation Daumengelenk	148	8,63	2247	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62
2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82	2248	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70
2209	Einrenkung, Luxation Daumengelenk, mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57	2249	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57
				V. Knochenchirurgie				2294	Steißbeinresektion	554	32,29
2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99	2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19	2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99
2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83	2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83	2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86
2253	Knochenspanentnahme	647	37,71	2253	Knochenspanentnahme	647	37,71				
2254	Implantation von Knochen	739	43,07	2254	Implantation von Knochen	739	43,07				
2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27	2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27				
2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99	2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99				
2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63	2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63				
2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94	2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94				
2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43	2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43				
2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83	2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83				
2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76	2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76				
2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46	2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46				
2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83	2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83				
2267	Knochenzerbrechung	463	26,99	2267	Knochenzerbrechung	463	26,99				
2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92	2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92				
2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92	2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92				
2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86	2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86				
2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83	2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83				
2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64	2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64				
2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46	2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46				
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05	2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05				
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeindefekt	3500	204,01	2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeindefekt	3500	204,01				
2279	Chemonukleolyse	600	34,97	2279	Chemonukleolyse	600	34,97				
2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16	2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16				
2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60	2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60				
2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27	2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27				
2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83	2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83				
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29	2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29				
2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27	2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27				
2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72	2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72				
2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Aufspreis-/Abstützvorrichtung	3700	215,66	2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Aufspreis-/Abstützvorrichtung	3700	215,66				
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06	2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06				
2289	Neueinpflanzung, Aufspreis-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15	2289	Neueinpflanzung, Aufspreis-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15				
2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46	2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46				
2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62	2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62				
2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70	2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70				
2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57	2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57				
2294	Steißbeinresektion	554	32,29	2294	Steißbeinresektion	554	32,29				
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99	2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99				
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86	2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2297	Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenkplastik/Mittelfußosteotomie, einschließlich der Nrn. 2295 und 2296	1180	68,78	2354	Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus großen Röhrenknochen	370	21,57	2421	Implantation, subkutanes Medikamentenreservoir	600	34,97
	VI. Frakturbehandlung			2355	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch	1110	64,70	2427	Tiefreichende Entlastungsinzision, mit Drainage	400	23,31
2320	Einrichtung, gebrochene Nase	189	11,02	2356	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch, nach Osteotomie mittels Nagelung/Verschraubung/Metallplatten/äußeren Spanner	1480	86,27	2428	Eröffnung, oberflächlicher Abszess/Furunkel	80	4,66
2321	Einrichtung, gebrochener Gesichtsknochen	227	13,23	2357	Operative Wiederherstellung, gebrochene Hüftpfanne	2770	161,46	2429	Eröffnung, disseminierte Abszesse der Haut	220	12,82
2322	Aufrichtung, gebrochener Wirbel	757	44,12	2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen/gesprengte Symphyse/Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40	2430	Eröffnung, tief liegender Abszess	303	17,66
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12		VII. Chirurgie der Körperoberfläche			2431	Eröffnung, Karbunkel, mit Exzision	379	22,09
2324	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein	152	8,86	2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	2432	Eröffnung, Phlegmone	473	27,57
2325	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein, mit Nagelung/Drahtung	567	33,05	2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	2440	Operative Entfernung, Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63
2326	Einrichtung, gebrochenes Schulterblatt/Brustbein	227	13,23	2382	Schwierige Hautlappenplastik/Spalthauttransplantation	739	43,07	2441	Operative Korrektur, entstellende Gesichtsnarbe	400	23,31
2327	Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen	473	27,57	2383	Vollhauttransplantation	1000	58,29	2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung	900	52,46
2328	Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen	341	19,88	2384	Knorpeltransplantation	739	43,07	2443	Entfernung, Narbengewebe am Augenlid, vor Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63
2329	Einrichtung, gebrochenes Becken	473	27,57	2385	Transplantation, haartragendes Hautimplantat	1200	69,94	2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49
2330	Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen	757	44,12	2386	Schleimhauttransplantation	688	40,10	2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97
2331	Einrichtung, gebrochener Knochen Handwurzel/Mittelhand/Fußwurzel/Mittelfuß	227	13,23	2387	Deckung eines großen Hautdefektes mit Hauttransplantaten	1330	77,52	2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung	2500	145,72
2332	Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/luxierter Wirbelkörper/Wirbelgelenk	2500	145,72	2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens, in mehreren Sitzungen	1500	87,43	2452	Exstirpation einer Fettschürze	1400	81,60
2333	Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/luxierte Wirbelkörper/Wirbelgelenke	3700	215,66	2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46	2453	Operation, Lymphödem einer Extremität	2000	116,57
2334	Operative Stabilisierung, eine Brustwandseite	2800	163,20	2392a	Exzision einer großen Narbe	1000	58,29	2454	Operative Entfernung, überstehendes Fettgewebe einer Extremität	924	53,86
2335	Einrichtung, gebrochene Knie- und Unterschenkelknochen	473	27,57	2393	Implantation eines Rundstiellappens	739	43,07		VIII. Neurochirurgie		
2336	Operative Einrichtung, gebrochene Knie- und Unterschenkelknochen	650	37,89	2394	Implantation eines Rundstiellappens, mit Modellierung	2200	128,23	2500	Hebung, gedeckte Impressionsfraktur, Schädel	1850	107,83
2337	Einrichtung, gebrochene Finger- und Zehenknochen	76	4,43	2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72	2501	Operation, offene Impressions-/Splinterfraktur, Schädel	3100	180,69
2338	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen	152	8,86	2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46	2502	Operation, epidurales Hämatom	2750	160,29
2338a	Operative Einrichtung, gebrochener Finger-Endgliedknochen, mit Fixation durch Osteosynthese	185	10,78	2397	Operative Ausräumung, ausgedehntes Hämatom	600	34,97	2503	Operation, frische Hirnverletzung mit subduralem/intrazerebralem Hämatom	5250	306,01
2339	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen, mit Osteosynthese	379	22,09	2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses	111	6,47	2504	Operation, offene Hirnverletzung, mit Dura-/Kopfschwartenplastik	4500	262,29
2340	Olekranonverschraubung/Verschraubung des Innen-/Außenknöchelbruches	554	32,29	2401	Probeexzision aus oberflächlichem Körpergewebe	133	7,75	2505	Operation, subdurales Hygrom/Hämatom beim Kleinkind	3000	174,86
2344	Osteosynthese/Exstirpation/Teillexstirpation, Knie- und Unterschenkelknochen	1110	64,70	2402	Probeexzision aus tief liegendem Körpergewebe	370	21,57	2506	Exstirpation, chronisches subdurales Hämatom, mit Kapselentfernung	3750	218,58
2345	Tibiakopfverschraubung/Verschraubung des Fersenbeinbruches	924	53,86	2403	Exzision, kleine Geschwulst, Haut/Schleimhaut	133	7,75	2507	Entleerung/Bohrlochtrepanation, chronisches subdurales Hämatom	1800	104,92
2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20	2404	Exzision, großes Geschwulst	554	32,29	2508	Operative Versorgung, frontobasale Schädelhirnverletzung	4500	262,29
2347	Nagelung/Drahtung, gebrochener kleiner Röhrenknochen	370	21,57	2405	Entfernung, Schleimbeutel	370	21,57	2509	Totallexstirpation, Hirnabszeß	3750	218,58
2348	Nagelung/Drahtung, kleiner Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	555	32,35	2407	Exzision, ausgedehnte/blutreiche Geschwulst, mit Ausräumung des Lymphstromgebietes	2310	134,64	2510	Operation, intrazerebrales Hämatom	4000	233,15
2349	Nagelung/Drahtung/Verschraubung, gebrochener großer Röhrenknochen	1110	64,70	2408	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Axilla	1100	64,12	2515	Bohrlochtrepanation, Schädel Osteoklastische Trepanation, Schädel	1500	87,43
2350	Nagelung/Drahtung/Verschraubung, großer Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	1660	96,76	2410	Operation, Mammatumor	739	43,07	2517	Osteoklastische Trepanation, Schädel, mit Wiedereinpassung des Knochendeckels	2250	131,15
2351	Nagelung/Verschraubung, gebrochener Schenkelhals	1480	86,27	2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86	2518	Eröffnung, hintere Schädelgrube	2700	157,38
2352	Nagelung/Verschraubung, Schenkelhals, bei offenem Knochenbruch	2220	129,40	2412	Absetzen einer Brustdrüse/Brustmuskulatur	1400	81,60	2519	Trepanation bei Kraniostenose	2250	131,15
2353	Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78	2413	Absetzen einer Brustdrüse, mit Ausräumung Lymphstromgebiet	2310	134,64	2525	Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose, mit Einfassung der Knochenränder/Duraschichtresektion, beim Kleinkind	4000	233,15
				2414	Reduktionsplastik, Mamma	2800	163,20	2526	Exstirpation, Konvexitätstumor des Großhirns	3750	218,58
				2415	Aufbauplastik, Mamma, mit Verschiebeplastik/Inkorporation Mammoprothese	2000	116,57	2527	Exstirpation, Großhirntumor, mit Hirnlappenresektion	5250	306,01
				2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation, mit Inkorporation Mammoprothese	3000	174,86	2528	Exstirpation, Tumor der Mittellinie/Schädelbasistumor	7500	437,15
				2417	Operative Entnahme/Implantation, Mamille	800	46,63	2529	Operation, intrakranielle Gefäßmissbildung	8000	466,30
				2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63	2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	437,15
				2419	Rekonstruktion einer Mamille	1200	69,94	2531	Intrakranielle Gefäßanastomose/Gefäßtransplantation	7500	437,15
				2420	Implantation/operativer Austausch einer Mammoprothese	1100	64,12				

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
2535	Resektion, Gehirnhemisphäre	6000	349,72	2583	Neurolyse	924	53,86	2660	Zähnen/Wurzelspitzenresektion	500	29,14
2536	Resektion, Gehirnlappen	4500	262,29	2584	Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	1480	86,27	2670	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	400	23,31
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen, Gehirn/Medulla oblongata	6250	364,30	2585	Nervenersatzplastik durch Implantation, peripherer Nerv, Hand/Arm	2600	151,55	2671	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	500	29,14
2538	Operation, Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58	2586	End-zu-End-Naht, Nerv, bei einer frischen Verletzung	1350	78,69	2675	Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuboplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	49,54
2539	Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele	6250	364,30	2587	Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv	1850	107,83	2676	Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer	2200	128,23
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29	2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht	2100	122,40	2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	40,80
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	262,29	2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht, mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat	2400	139,89	2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	2590	Naht eines Nervenplexus	3000	174,86	2681	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	23,31
2550	Exstirpation, Kleinhirntumor	5000	291,44	2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus	6000	349,72	2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60
2551	Exstirpation, Kleinhirnbrückenwinkel-/Stammhirntumor	7500	437,15	2592	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse	1800	104,92	2685	Reposition, Zahn	200	11,66
2552	Exstirpation, retrobulbärer Tumor	6250	364,30	2593	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	2770	161,46	2686	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2553	Intrakraniale Operation, basale Liquorfistel, mit plastischem Verschluss	6000	349,72	2594	Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86	2687	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2554	Plastischer Verschluss, Knochendefekt des Hirnschädels	1800	104,92	2595	Nervenpfropfung	1600	93,26	2688	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	43,72
2555	Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie	1480	86,27	2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation	2400	139,89	2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2556	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie	1850	107,83	2597	Verödung/Verkochung des Ganglion Gasseri	700	40,80	2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	209,83
2557	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder-Einpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89	2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	81,60	2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte	1500	87,43
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	2599	Blockade eines Nerven, Schädelbasis	225	13,11	2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	69,94
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implantation von Reizelektroden	4620	269,29	2600	Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis	1500	87,43	2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2562	Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen	2250	131,15	2601	Grenzstrangresektion, zervikal	1000	58,29	2695	Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38
2563	Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis	2310	134,64	2602	Grenzstrangresektion, abdominolumbal	1480	86,27	2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14
2564	Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark	4800	279,78	2603	Grenzstrangresektion, thorakolumbal	3000	174,86	2697	Anlegen von Drahtligaturen/Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im Zervikalbereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	4100	238,98	2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal/retroperitoneal	1480	86,27	2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im thorakaler/lumbaler Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	3000	174,86	IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie			2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23	
2570	Implantation, Reizelektroden/Empfangsgerät, Rückenmark	4500	262,29	2620	Operation, isolierte Lippenspalte	750	43,72	2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	20,40
2571	Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomeningozele/Meningozele	2650	154,46	2621	Operation, breite Lippen-Kieferpalte, mit Naseneingangplastik	1500	87,43	2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	104,92
2572	Operation, Missbildung am Rückenmark, mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals/Faszienplastik	3230	188,27	2622	Plastisch-chirurgische Behandlung, komplette Gesichtsspalte, mit Osteotomien/Osteoplastiken	9000	524,59	2702	Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584	500	29,14	2625	Verschluss, Defekte am Gaumen/Vestibulum	1250	72,86	2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09
2574	Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbelkanal	2750	160,29	2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77
2575	Entfernung, raumbeengender intraduraler Prozess im Wirbelkanal	3500	204,01	2627	Verschluss, harter/weicher Gaumen	2000	116,57	2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12
2576	Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmißbildung/Tumor	4500	262,29	2630	Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/Osteoplastik	6000	349,72	2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	43,72
2577	Entfernung, raumbeengender intra-/extraspinaler Prozess	4000	233,15	2640	Operative Verlagerung, Oberkiefer, je Kieferhälfte	1200	69,94	2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3000	174,86
2580	Freilegung/Durchtrennung/Exhairese, Nerv	554	32,29	2642	Operative Verlagerung, Unterkiefer, je Kieferhälfte	1850	107,83				
2581	Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminusast	924	53,86	2646	Entfernung/Osteotomie, verlagertes/retinierter Zahn	740	43,13				
2582	Freilegung/Entnahme, autologer peripherer Nerv, zwecks Transplantation	1800	104,92	2650	Fremdkörper-Entfernung/Sequestrotomie/Osteotomie, Kiefer	550	32,06				
				2655	Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste	950	55,37				
				2656	Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	620	36,14				
				2657	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste	760	44,33				
				2658	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3305	der Behandlung nach Nr. 3301 Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	227	13,23	5.	Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).			Allgemeine Bestimmungen			
3306	Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule	37	2,16	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.			Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.			
3310	Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß	148	8,63		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 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.			
3311	Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unterschenkel/Fuß	76	4,43		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.			3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25
3312	Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf	152	8,86		Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.			<i>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.</i>			
3313	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein	189	11,02	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.			3501	Blutsenkung	60	3,50
3314	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter	303	17,66	8.	Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.			3502	Differenzierung, Blutaussstrich	120	6,99
3315	Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken	379	22,09	9.	Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst:			3503	Hämatokrit	70	4,08
3316	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf	473	27,57		Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);			Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße			
3317	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm	757	44,12		Immunodiffusion: Immunodiffusions- (radiale), Elektroimmunodiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;			<i>Katalog</i>			
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln	946	55,14		Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;			3504	Erythrozyten		
		95	5,54		Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.			3505	Leukozyten		
	<i>Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i>				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.			3506	Thrombozyten		
3321	Konstruktionsplan für großes orthopädisches Hilfsmittel	152	8,86	10.	Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.			3508	Mikroskopie, Nativpräparat, je Material	80	4,66
				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.			3509	Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material	100	5,83
								3510	Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat	120	6,99
								3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung	50	2,91
								<i>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.</i>			
								<i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>			
								Untersuchung, je Messgröße	70	4,08	
								<i>Katalog</i>			
								3512	Alpha-Amylase		
								3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)		
								3514	Glukose		
								3515	Glutaminoxalazetattransaminase (GOT)		
								3516	Glutaminyruvattransaminase (GPT)		
								3517	Hämoglobin		
								3518	Harnsäure		
								3519	Kalium		
								3520	Kreatinin		
								3521	Lipase		
								Untersuchung, je Messgröße	100	5,83	
								<i>Katalog</i>			
								3523	Antistreptolysin (ASL)		
								3524	C-reaktives Protein (CRP)		
								3525	Mononukleotest		
								3526	Rheumafaktor (RF)		
								3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	130	7,58
								3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	150	8,74
								3530	Thromboplastinzeit (Quickwert)	120	6,99
								3531	Urinsediment	70	4,08
								3532	Mikroskopie, Urinsediment	90	5,25

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
II. Basislabor				5. Substrate, Metabolite, Enzyme				3631.H Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10 1400 81,60			
Allgemeine Bestimmungen				Allgemeine Bestimmungen				3633.H Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14 550 32,06			
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.				Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)			
Höchstwerte				3580.H1 Anorganisches Phosphat 40 2,33				3650 Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung 60 3,50			
3541.H Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II 480 27,98				3581.H1 Bilirubin, gesamt 40 2,33				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.			
1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen				3582 Bilirubin, direkt 70 4,08				3651 Mikroskopie, Urinsediment 70 4,08			
3550 Blutbild/Blutbildbestandteile 60 3,50				3583.H1 Harnsäure 40 2,33				3652 Streifenfest im Urin, je Untersuchung 35 2,04			
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:				3584.H1 Harnstoff 40 2,33				3653 Urinsediment 50 2,91			
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.				3585.H1 Kreatinin 40 2,33				3654 Zeltzählung im Urin (Addis-Count) 80 4,66			
3551 Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550 20 1,17				3587.H1 Alkalische Phosphatase 40 2,33				2. Sekrete, Liquor, Konkremente			
3552 Retikulozytenzahl 70 4,08				3588.H1 Alpha-Amylase 50 2,91				3660 Mikroskopie, Sekret 40 2,33			
2. Elektrolyte, Wasserhaushalt				3589.H1 Cholinesterase 40 2,33				3661 Gallensediment 40 2,33			
3555 Calcium 40 2,33				3590.H1 Creatinkinase (CK) 40 2,33				3662 HCl 70 4,08			
3556 Chlorid 30 1,75				3591.H1 Creatinkinase MB (CK-MB) 50 2,91				3663 Differenzierung, Sperma 160 9,33			
3557 Kalium 30 1,75				3592.H1 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) 40 2,33				3664 Spermienagglutination 120 6,99			
3558 Natrium 30 1,75				3593.H1 Glutamatdehydrogenase (GLDH) 50 2,91				3665 Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz 150 8,74			
3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel				3594.H1 Glutamatoxalacetattransaminase (GOT) 40 2,33				3667 Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung 70 4,08			
Allgemeine Bestimmung				3595.H1 Glutamatpyruvattransaminase (GPT) 40 2,33				3668 Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma 400 23,31			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				3596.H1 Hydroxybutyratdehydrogenase (HDBH) 40 2,33				Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.			
3560 Glukose 40 2,33				3597.H1 Laktatdehydrogenase (LDH) 40 2,33				3669 Erythrozytenzahl (Liquor) 60 3,50			
3561 Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c) 200 11,66				3598.H1 Lipase 50 2,91				3670 Leukozytenzahl (Liquor) 60 3,50			
3562.H1 Cholesterin 40 2,33				3599 Saure Phosphatase (sP) 70 4,08				3671 Differenzierung, Liquorzellausstrich 160 9,33			
3563.H1 HDL-Cholesterin 40 2,33				6. Gerinnungssystem				3672 Steinanalyse, Infrarotspektrometrie/Mikroskopie 250 14,57			
3564.H1 LDL-Cholesterin 40 2,33				3605 Partielle Thromboplastinzeit (PTT) 50 2,91				3673 Steinanalyse, Röntgendiffraktion 570 33,22			
3565.H1 Triglyzeride 40 2,33				3606 Plasmathrombinzeit (PTZ) 70 4,08				3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen			
4. Proteine, Elektrophoreseverfahren				3607 Thromboplastinzeit (Quickwert) 50 2,91				3680 Differenzierung, Blutaussstrich 90 5,25			
Allgemeine Bestimmung				7. Funktionsteste				3681 Differenzierung, Knochenmarkausstrich 570 33,22			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				Allgemeine Bestimmungen				3682 Eisenfärbung, Blut-/Knochenmarkausstrich 120 6,99			
3570.H1 Albumin, photometrisch 30 1,75				Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				3683 Färbung, Blut-/Knochenmarkausstrich, je Färbung 250 14,57			
3571 Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin 150 8,74				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.				3686 Eosinophilenzahl 70 4,08			
3572 Immunglobulin E (IgE) 250 14,57				3610 Amylase-Clearance 100 5,83				3688 Osmotische Resistenz, Erythrozyten 90 5,25			
3573.H1 Gesamt-Protein Serum/Plasma 30 1,75				3611 Blutzuckertagesprofil 160 9,33				3689 Fetales Hämoglobin (HbF) 160 9,33			
3574 Proteinelektrophorese Serum 200 11,66				3612 Glukosetoleranztest, intravenös 280 16,32				3690 Freies Hämoglobin 180 10,49			
3575 Transferrin 100 5,83				3613 Glukosetoleranztest, oral 160 9,33				3691 Hämoglobinelektrophorese 570 33,22			
Allgemeine Bestimmung				3615 Kreatinin-Clearance 60 3,50				3692 Methämoglobin/Carboxyhämoglobin/Sauerstoffsättigung 60 3,50			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				8. Spurenlemente				3693 Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest 570 33,22			
3570.H1 Albumin, photometrisch 30 1,75				3620 Eisen 40 2,33				3694 Lymphozytentransformationstest 570 33,22			
3571 Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin 150 8,74				3621 Magnesium 40 2,33				3695 Phagozytäre Funktion, Granulozyten 120 6,99			
3572 Immunglobulin E (IgE) 250 14,57				III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen				3696 Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, je Antiserum 570 33,22			
3573.H1 Gesamt-Protein Serum/Plasma 30 1,75				Allgemeine Bestimmung				3697 Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, weitere Antiseren, je Antiserum 250 14,57			
3574 Proteinelektrophorese Serum 200 11,66				Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nrn. 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.							
3575 Transferrin 100 5,83				Höchstwerte							
				3630.H Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8 870 50,71							

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
	<i>Die Leistung nach Nr. 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3696 berechnet werden.</i>			3762	Schwefelhaltige Aminosäuren, je Aminosäurenbestimmung	40	2,33	3820.H2	Nebenniere			
3698	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz	450	26,23	3763	SDS-Elektrophorese mit Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	33,22	3821.H2	Parietalzellen			
3699	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz, weitere Antisera, je Antiserum	360	20,98	3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	14,57	3822.H2	Skelettmuskulatur			
	<i>Die Leistung nach Nr. 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3698 berechnet werden.</i>			3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	450	26,23	3823.H2	Speichelgangepithel			
3700	Tumorstammzellenassay	2000	116,57	3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG)	250	14,57	3824.H2	Spermien			
				3767	Tumornekrosefaktor (TNF)	450	26,23	3825.H2	Thyreoglobulin			
				3768	Isolierung, Immunglobulin M, chromatographisch	360	20,98	3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten			
								3827.H2	Ähnliche Untersuchungen			
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Quantitative	510	29,73	
									<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
									3832	Basalmembran		
									3833	Centromerregion		
									3834	Endomysium		
									3835	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)		
									3836	Glatte Muskulatur (SMA)		
									3838	Haut		
									3839	Herzmuskulatur		
									3840	Kerne (ANA)		
									3841	Kollagen		
									3842	Langerhans-Inseln		
									3843	Mikrosomen (Thyroxinperoxidase)		
									3844	Mikrosomen		
									3845	Mitochondrien (AMA)		
									3846	nDNA		
									3847	Parietalzellen		
									3848	Skelettmuskulatur		
									3849	Speichelgangepithel		
									3850	Spermien		
									3852	Thyreoglobulin		
									3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten		
									3854	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Subformen antinukleärer/zytoplasmatischer Antikörper	300	17,49	
									<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
									3857	dDNS		
									3858	Histone		
									3859	Ribonukleoprotein (RNP)		
									3860	Sm-Antigen		
									3861	SS-A-Antigen		
									3862	SS-B-Antigen		
									3863	Scl-70-Antigen		
									3864	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Antikörper, Ligandenassay	450	26,23	
									<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
									3868	Azetylcholinrezeptoren		
									3869	Cardiolipin (IgG-/IgM-Fraktion), je Fraktion		
									3870	Interferon alpha		
									3871	Mikrosomen (Thyroxinperoxydase)		
									3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
									3873	Myeloperoxidase (P-ANCA)		
									3874	Proteinase 3 (C-ANCA)		
									3875	Spermien		
									3876	Thyreoglobulin		
									3877	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									3879	Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK)	550	32,06
									3881	Zirkulierende Immunkomplexe	290	16,90
									Qualitativer Antikörpernachweis, Agglutination	90	5,25	

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro		
<i>Katalog</i> Antikörper gegen				Sequenzermittlung				anzugeben.					
3884	Fc von IgM (Rheumafaktor)					2000	116,57	3987	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest	140	8,16		
3885	Thyreoglobulin (Boydentest)			12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem				3988	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), indirekter Coombstest	200	11,66		
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immundiffusion				180	10,49	3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41	3989	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (acht bis zwölf Test-Präparationen), indirekter Coombstest, nach Nr. 3987/3988, je Test-Präparation	60	3,50
<i>Katalog</i> Antikörper gegen						3931	Antithrombin III, Immundiffusion	180	10,49	3990	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu	70	4,08
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)			3932	Blutungszeit	60	3,50	3991	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu	100	5,83		
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test)	200	11,66	3933	Fibrinogen, koagulometrisch	100	5,83	3992	Antikörper gegen Erythrozytenantigene, (acht bis zwölf Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu, nach Nr. 3990/3991, je Test-Präparation	30	1,75		
9. Antikörper gegen körperfremde Antigene						3934	Fibrinogen, Immundiffusion	180	10,49	3993	Bestimmung des Antikörpertiters, nach Nr. 3989/3992	400	23,31
Allgemeine Bestimmung						3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99	3994	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Erythrozytenantigene	140	8,16
Neben den Leistungen nach den Nrn. 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nrn. 3572, 3890 und/oder 3891 nicht berechnungsfähig.						3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	14,57	3995	Qualitativer Antikörper-Nachweis gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (bis zu zwei Titerstufen)	350	20,40
3890	RAST-Mischallergentest, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	14,57	3937	Fibrinospaltprodukte, qualitativ	180	10,49	3996	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (mehr als zwei Titerstufen)	600	34,97		
3891	RAST-Einzelallergentest, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	14,57	3938	Fibrinospaltprodukte, quantitativ	360	20,98	3997	Direkter Coombstest, mindestens zwei Antiseren	120	6,99		
3892	Trägergebundener Einzel-/Mischallergentest (mindestens vier Allergene auf einem Träger), je Träger	200	11,66	3939	Gerinnungsfaktor II/VIII/IX/X, je Faktor	460	26,81	3998	Ermittlung der Antikörperklasse, nach Nr. 3989/3997, je Antiserum	90	5,25		
3893	Trägergebundener Einzelallergentest (mindestens neun Allergene auf einem Träger), je Träger	500	29,14	3940	Gerinnungsfaktor VII/XI/XII, je Faktor	720	41,97	3999	Antikörper-Elution/-Absorption, je Untersuchung	360	20,98		
3894	Trägergebundener Einzelallergentest (mindestens zwanzig Allergene auf einem Träger), je Träger	900	52,46	3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag	250	14,57	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
3895	Heterophile Antikörper, je Fraktion	1100	64,12	3942	Gerinnungsfaktor XIII	180	10,49	4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	11,66		
3896	Antikörper gegen Gliadin, qualitativ	290	16,90	3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion	250	14,57	4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)/Identitätssicherung im ABO-System	300	17,49		
3897	Antikörper gegen Gliadin, quantitativ	510	29,73	3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA)	300	17,49	<i>Die Leistung nach Nr. 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>					
3898	Antikörper gegen Insulin	450	26,23	3945	Heparin	140	8,16	4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	5,83		
10. Tumormarker						3946	Partielle Thromboplastinzeit, Doppelbestimmung	70	4,08	4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organeln/Proteinen, je Isolierung	400	23,31
Allgemeine Bestimmung						3947	Plasmatauschversuch	460	26,81	4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	43,72
Für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3631.H zu beachten.						3948	Plasminogen	140	8,16	4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86
3900.H3 Ca 125		300	17,49	3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI)	410	23,90	4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	1,75		
3901.H3 Ca 15-3		450	26,23	3950	Plättchenfaktor (3, 4), je Faktor	480	27,98	4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83		
3902.H3 Ca 19-9		300	17,49	3951	Protein C-Aktivität	450	26,23	4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72		
3903.H3 Ca 50		450	26,23	3952	Protein C-Konzentration	450	26,23	4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38		
3904.H3 Ca 72-4		450	26,23	3953	Protein S-Aktivität	450	26,23	4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63		
3905.H3 Carcinoembryonales Antigen (CEA)		250	14,57	3954	Protein S-Konzentration	450	26,23	4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26		
3906.H3 Cyfra 21-1		450	26,23	3955	Reptilasezeit	100	5,83	4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72		
3907.H3 Neuronenspezifische Enolase (NSE)		450	26,23	3956	Ristocetin-Cofaktor	200	11,66	4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	268,12		
3908.H3 Prostataspezifisches Antigen (PSA)		300	17,49	3957	Thrombelastogramm	180	10,49	4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	134,06		
3909.H3 Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC)		450	26,23	3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex	480	27,98						
3910.H3 Thymidinkinase		450	26,23	3959	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83						
3911.H3 Tissue-polypeptide-Antigen (TPA)		450	26,23	3960	Thromboplastinzeit (Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08						
11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite						3961	Thrombozytenaggregationstest	900	52,46				
3920	Isolierung humaner Nukleinsäuren	900	52,46	3962	Thrombozytenausbreitung	60	3,50						
3921	Spaltung humaner Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74	3963	Von Willebrand-Faktor (vWF)	480	27,98						
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität	360	20,98						
3923	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration	260	15,15						
3924	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung, je Sonde	300	17,49	3966	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97						
3925	Trennung humaner Nukleinsäurefragmente, Elektrophorese	600	34,97	3967	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14						
3926	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch			Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems				250	14,57				
				<i>Katalog</i>									
				3968	Komplementfaktor C3-Aktivität			4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	5,83		
				3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion			4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organeln/Proteinen, je Isolierung	400	23,31		
				3970	Komplementfaktor C4-Aktivität			4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	43,72		
				3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion			4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86		
				13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System									
				3980	ABO-Merkmale	100	5,83	4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	1,75		
				3981	ABO-Merkmale/Isoagglutinine	180	10,49	4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83		
				3982	ABO-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusfaktor	300	17,49	4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72		
				3983	ABO-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusformel	500	29,14	4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38		
				Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale									
				<i>Katalog</i>									
				3984	im NaCl-/Albumin-Milieu, je Merkmal	120	6,99	4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63		
				3985	im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	11,66	4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26		
				3986	im indirekten Coombstest (Kidd/Lutheran), je Merkmal	360	20,98	4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72		
				<i>Bei den Leistungen nach den Nrn. 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung</i>									

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Glukose/Wachstumshormon/Insulin)			
Allgemeine Bestimmung				4070	Thyroglobulin, Ligandenassay	900	52,46	4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung Wachstumshormon)	2100	122,40
Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.				Hormonbestimmung, Chromatographie/Photometrie				4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron)	700	40,80
Hormonbestimmung, Ligandenassay				<i>Katalog</i>				4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid)	960	55,96
Katalog				4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)			4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin)	500	29,14
4020 Cortisol				4072	Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin			4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/Wachstumshormon/Cortisol)	3840	223,82
4021 Folitropin (FSH)				4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)			4107	Laktat-Ischämietest (fünfmalige Bestimmung Laktat)	900	52,46
4022.H4 Freies Trijodthyronin (fT3)				4074	Metanephriene			4108	Laktose-Toleranztest (fünfmalige Bestimmung Glukose)	200	11,66
4023.H4 Freies Thyroxin (fT4)				4075	Serotonin			4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH)	1000	58,29
4024 Humanes Choriongonadotropin (HCG)				4076	Steroidprofil			4110	MEGX-Test (Monoethylglycinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX)	500	29,14
4025 Insulin				4077	Vanillinmandelsäure (VMA)			4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Protaktin)	700	40,80
4026 Luteotropin (LH)				4078	Ähnliche Untersuchungen			4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin)	2880	167,87
4027 Östriol				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91
4028 Plazentalaktogen (HPL)				4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	20,40	4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91
4029.H4 T3-Uptake-Test				4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	120	6,99	4115	Seitgetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin)	1920	111,91
4030 Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)				4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	6,99	4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung Amylase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat)	1080	62,95
4031.H4 Thyroxin				4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	8,16	4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH)	500	29,14
4032.H4 Trijodthyronin				4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	33,22	4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A)	720	41,97
4033 Ähnliche Untersuchungen				4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	33,22	16. Porphyrine und ihre Vortäuf			
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57	4120	Delta-Aminolaevulinsäure	570	33,22
Hormonbestimmung, Ligandenassay				4086	Östrogenrezeptoren	1200	69,94	4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57
Katalog				4087	Progesteronrezeptoren	1200	69,94	4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99
4035 17-Alpha-Hydroxyprogesteron				4088	Anderere Hormonrezeptoren	1200	69,94	4123	Porphobilinogen (PBG), qualitativ	60	3,50
4036 Androstendion				4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	26,23	4124	Porphobilinogen (PBG)	570	33,22
4037 Dehydroepiandrosteron (DHEA)				15. Funktionsteste				4125	Porphyrinprofil, Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	33,22
4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)				Allgemeine Bestimmungen				4126	Porphyrinprofil, Dünnschichtchromatographie, je Material	460	26,81
4039 Östradiol				Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				17. Spurenelemente, Vitamine			
4040 Progesteron				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.				4130	Eisen im Urin	120	6,99
4041 Prolaktin				4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4131	Kupfer im Serum/Plasma	40	2,33
4042 Testosteron				4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4132	Kupfer im Urin	410	23,90
4043 Wachstumshormon (HGH)				4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin)	1140	66,45	4133	Mangan	410	23,90
4044 Ähnliche Untersuchungen				4093	Cortisoltagessprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol)	1000	58,29	4134	Selen	410	23,90
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol)	2190	127,65	4135	Zink	90	5,25
Hormonbestimmung, Ligandenassay				4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose)	200	11,66	4138	25-Hydroxy-Vitamin D	480	27,98
Katalog				4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen)	120	6,99	4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol)	750	43,72
4045 Aldosteron				4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4140	Folsäure/Vitamin B12	250	14,57
4046 C-Peptid				4098	Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
4047 Calcitonin				4099	Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4141	Vitamin A		
4048 cAMP				4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse (Viermalige Titration HCl)	280	16,32	4142	Vitamin E		
4049 Corticotropin (ACTH)				4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung			Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
4050 Erythropoetin								4120	Delta-Aminolaevulinsäure	570	33,22
4051 Gastrin								4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57
4052 Glukagon								4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99
4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauterigravidität								4123	Porphobilinogen (PBG), qualitativ	60	3,50
4054 Osteocalcin								4124	Porphobilinogen (PBG)	570	33,22
4055 Oxytocin								4125	Porphyrinprofil, Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	33,22
4056 Parathormon								4126	Porphyrinprofil, Dünnschichtchromatographie, je Material	460	26,81
4057 Reninaktivität (PRA)								17. Spurenelemente, Vitamine			
4058 Reninkonzentration								4130	Eisen im Urin	120	6,99
4060 Somatomedin								4131	Kupfer im Serum/Plasma	40	2,33
4061 Vasopressin (Adiuretin, ADH)								4132	Kupfer im Urin	410	23,90
4062 Ähnliche Untersuchungen								4133	Mangan	410	23,90
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>								4134	Selen	410	23,90
Hormonbestimmung, Ligandenassay								4135	Zink	90	5,25
Katalog								4138	25-Hydroxy-Vitamin D	480	27,98
4064 Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)								4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol)	750	43,72
4065 Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)								4140	Folsäure/Vitamin B12	250	14,57
4066 Pankreatisches Polypeptid (PP)								Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
4067 Parathyroid hormone related peptide								4141	Vitamin A		
4068 Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)								4142	Vitamin E		
4069 Ähnliche Untersuchungen								Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
<i>Katalog</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4242	Listerien, je Typ		
4144	25-Hydroxy-Vitamin D							4243	Rickettsien		
4145	Vitamin B1							4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen		
4146	Vitamin B6							4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen		
4147	Vitamin K							4246	Staphylolysin		
18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen								4247	Streptolysin		
Untersuchung, Ligandenassay		250	14,57					4248	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)		
<i>Katalog</i>								4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ		
4150	Amikacin							4250	Ähnliche Untersuchungen		
4151	Amphetamin							<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4152	Azetaminophen							Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz			
4153	Barbiturate							<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4154	Benzodiazepine							4251	Bordetella pertussis	290	16,90
4155	Cannabinoide							4252	Borrelia burgdorferi		
4156	Carbamazepin							4253	Chlamydia trachomatis		
4157	Chinidin							4254	Coxiella burneti		
4158	Cocainmetabolite							4255	Legionella pneumophila		
4160	Desipramin							4256	Leptospiren (IgA/IgG/IgM)		
4161	Digitoxin							4257	Mycoplasma pneumoniae		
4162	Digoxin							4258	Rickettsien		
4163	Disopyramid							4259	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)		
4164	Ethosuximid							4260	Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)		
4165	Flecainid							4261	Ähnliche Untersuchungen		
4166	Gentamicin							<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4167	Lidocain							Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz			
4168	Methadon							<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4169	Methotrexat							4263	Bordetella pertussis	510	29,73
4170	N-Azetylprocainamid							4264	Borrelia burgdorferi		
4171	Netilmicin							4265	Chlamydia trachomatis		
4172	Opiate							4266	Coxiella burneti		
4173	Phenobarbital							4267	Legionella pneumophila		
4174	Phenytoin							4268	Mycoplasma pneumoniae		
4175	Primidon							4269	Rickettsien		
4176	Propaphenon							4270	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)		
4177	Salizylat							4271	Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)		
4178	Streptomycin							4272	Ähnliche Untersuchungen		
4179	Theophyllin							<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4180	Tobramicin							Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz			
4181	Valproinsäure							<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4182	Ähnliche Untersuchungen							4273	Treponema pallidum (19S-IgM-FTA-ABS-Test)	800	46,63
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>								<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4185	Cyclosporin	300	17,49					4275	Campylobacter	250	14,57
Untersuchung, Ligandenassay		700	40,80					4276	Chlamydia psittaci		
<i>Katalog</i>								4277	Chlamydia trachomatis		
4186	Amitriptylin							4278	Coxiella burneti		
4187	Imipramin							4279	Gonokokken		
4188	Nortriptylin							4280	Leptospiren		
Untersuchung, Atomabsorption		410	23,90					4281	Listerien		
<i>Katalog</i>								4282	Mycoplasma pneumoniae		
4190	Aluminium							4283	Treponema pallidum		
4191	Arsen							4284	Yersinien		
4192	Blei							4285	Ähnliche Untersuchungen		
4193	Cadmium							<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4194	Chrom							Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay			
4196	Quecksilber							<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4197	Thallium							4286	Borrelia burgdorferi	350	20,40
4198	Ähnliche Untersuchungen							4287	Campylobacter		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>								<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung		360	20,98					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
<i>Katalog</i>								Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion			
4199	Amiodarone							<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4200	Antiepileptika							4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)	230	13,41
4201	Chinidin							4236	Borrelia burgdorferi		
4202	Ähnliche Untersuchungen							4237	Brucellen		
								4238	Campylobacter		
								4239	Francisellen		
								4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ		
								4241	Leptospiren		
								<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
								19. Antikörper gegen Bakterienantigene			
								Allgemeine Bestimmung			
								Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.			
								Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion			
								<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
								4220	Borrelia burgdorferi	90	5,25
								4221	Brucellen		
								4222	Campylobacter		
								4223	Francisellen		
								4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ		
								4225	Leptospiren		
								4226	Listerien, je Typ		
								4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)		
								4228	Salmonellen-H-Antigene		
								4229	Salmonellen-O-Antigene		
								4230	Staphylolysin		
								4231	Streptolysin		
								4232	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)		
								4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ		
								4234	Ähnliche Untersuchungen		
								<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
4288	Coxiella burneti			4333	Tollwut-Virus				Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.			
4289	Leptospiren			4334	Varizella-Zoster-Virus							
4290	Mycoplasma pneumoniae			4335	Ähnliche Untersuchungen							
4291	Ähnliche Untersuchungen				Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.							
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73		Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	300	17,49	
	Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden				Katalog Antikörper gegen				Katalog Antikörper gegen			
	Katalog			4337	Adenoviren				4390	Cytomegalie-Virus		
4293	Streptolysin, Immundiffusion	180	10,49	4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)				4391	Epstein-Barr-Virus		
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41	4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)				4392	FSME-Virus		
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion	180	10,49	4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)				4393	HBC-Antigen		
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell	120	6,99	4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus				4394	Herpes simplex-Virus		
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell	120	6,99	4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted				4395	HIV		
	20. Antikörper gegen Virusantigene				Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)				4396	Masern-Virus		
	Allgemeine Bestimmung			4344	FSME-Virus				4397	Mumps-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.			4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)				4398	Röteln-Virus		
	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion	90	5,25	4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)				4399	Varizella-Zoster-Virus		
	Katalog Antikörper gegen			4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)				4400	Ähnliche Untersuchungen		
4300	Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test)			4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)					Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4301	Röteln-Virus			4349	HIV 1				Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40	
4302	Ähnliche Untersuchungen			4350	HIV 2				Katalog Antikörper gegen			
	Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.			4351	Influenza A-Virus				4402	HBC-Antigen		
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion	240	13,99	4352	Influenza B-Virus				4403	HBe-Antigen		
	Katalog Antikörper gegen			4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus				4404	Ähnliche Untersuchungen		
4305	Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test)			4354	Masern-Virus					Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4306	Röteln-Virus			4355	Mumps-Virus				Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	800	46,63	
4307	Ähnliche Untersuchungen			4356	Parainfluenza-Virus 1				Katalog Antikörper gegen			
	Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.			4357	Parainfluenza-Virus 2				4405	Delta-Antigen	800	46,63
	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90	4358	Parainfluenza-Virus 3				4406	Hepatitis C-Virus	400	23,31
	Katalog Antikörper gegen			4359	Respiratory syncytial virus					Antikörper-Bestimmung, andere Methoden	800	46,63
4310	Adenoviren			4360	Röteln-Virus				Katalog Antikörper gegen			
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)			4361	Tollwut-Virus				4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot		
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)			4362	Varizella-Zoster-Virus				4409	HIV, Immunoblot		
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)			4363	Ähnliche Untersuchungen					21. Antikörper gegen Pilzantigene		
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus				Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.				Allgemeine Bestimmung			
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57		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.			
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)				Katalog Antikörper gegen				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90	
4317	FSME-Virus			4365	Adenoviren				Katalog Antikörper gegen			
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)			4366	Coronaviren				4415	Candida albicans		
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)			4367	Influenza A-Virus				4416	Ähnliche Untersuchungen		
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)			4368	Influenza B-Virus					Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)			4369	Influenza C-Virus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73	
4322	HIV 1			4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus				Katalog Antikörper gegen			
4323	HIV 2			4371	Parainfluenza-Virus 1				4418	Candida albicans		
4324	Influenza A-Virus			4371a	Parainfluenza-Virus 2				4419	Ähnliche Untersuchungen		
4325	Influenza B-Virus			4372	Parainfluenza-Virus 3					Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4327	Masern-Virus			4373	Polyomaviren				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion	90	5,25	
4328	Mumps-Virus			4374	Reoviren				Katalog Antikörper gegen			
4329	Parainfluenza-Virus 1			4375	Respiratory syncytial virus				4421	Aspergillus		
4330	Parainfluenza-Virus 2			4376	Ähnliche Untersuchungen				4422	Candida albicans		
4331	Parainfluenza-Virus 3				Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.				4423	Ähnliche Untersuchungen		
4332	Respiratory syncytial virus				Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	240	13,99			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
					Katalog Antikörper gegen							
				4378	Cytomegalie-Virus							
				4379	FSME-Virus							
				4380	HBe-Antigen							
				4381	HBs-Antigen							
				4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)							
				4383	Hepatitis A-Virus (IgM)							
				4384	Herpes simplex-Virus							
				4385	Masern-Virus							
				4386	Mumps-Virus							
				4387	Röteln-Virus							
				4388	Varizella-Zoster-Virus							
				4389	Ähnliche Untersuchungen							

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
<i>b. Züchtung</i>				<i>b. Züchtung</i>				<i>b. Züchtung</i>				
4655	Nachweis von Viren, Gewebekultur, je Ansatz	450	26,23	4715	Pilz-Nachweis, Züchtung auf einfachen Nährmedien, je Nährmedium	100	5,83	4750	Würmer/Wurmeier			
<i>c. Identifizierung, Charakterisierung</i>				<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
Allgemeine Bestimmungen				4716 Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium				Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung				
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.				4717 Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium				Katalog				
4665	Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz	250	14,57	<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				4753	Giemsafärbung			
4666	Identifizierung von Viren, aufwändigere Verfahren, je Ansatz	250	14,57	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>				4754	Ähnliche Untersuchungen			
4667	Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57	<i>c. Identifizierung/Charakterisierung</i>				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen, Immunoblotting, je Untersuchung	330	19,23	4720	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99	4756	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, je Untersuchung	200	11,66	
4670	Mikroskop./immunolog. Identifizierung von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4721	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57	4757	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, quantitativ, je Untersuchung	250	14,57	
4671	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35	4722	Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung	120	6,99	4758	Mikroskop./immunolog. Parasiten-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	
Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung				4723	Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4759	Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	
Katalog				4724	Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	<i>b. Züchtung</i>				
4675	Adeno-Viren			<i>d. Empfindlichkeitstestung</i>				<i>Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung</i>				
4676	Influenza-Viren			4727	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
4677	Parainfluenza-Viren			4728	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, Reiherverdünnungstest, je Test	250	14,57	<i>c. Identifizierung</i>				
4678	Rota-Viren			4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten				Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, nach Anzüchtung, je Untersuchung				
4679	Respiratory syncytial virus			<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung</i>				<i>Katalog</i>				
4680	Ähnliche Untersuchungen			Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung				4765	Trichomonaden			
3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen				Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung				4766	Ähnliche Untersuchungen			
<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				<i>Katalog</i>				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
Nachweis von Pilzantigenen, Agglutination, je Antiserum				120	6,99	4740	Amöben			<i>d. Xenodiagnostische Untersuchungen</i>		
Katalog				Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung				Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung				
4705	Aspergillus			4741	Lamblien			<i>Katalog</i>				
4706	Candida			4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)			4770	Trypanosoma cruzi			
4707	Kryptokokkus neoformans			4743	Trichomonaden			4771	Ähnliche Untersuchungen			
4708	Ähnliche Untersuchungen			4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier			<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4745	Ähnliche Untersuchungen			5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten				
4710	Mikroskop. Pilz-Nachweis, je Material	80	4,66	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Allgemeine Bestimmung				
4711	Mikroskop. Pilz-Nachweis, nach Präparation/Anfärbung, je Material	120	6,99	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder				
4712	Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung				Parasiten				
4713	Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	<i>Katalog</i>				Allgemeine Bestimmung				
				4747	Amöben			Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder				
				4748	Lamblien			Parasiten				
				4749	Trichomonaden			Parasiten				

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro				
Material nach Anzuchtungs) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.				<p style="text-align: center;">O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRALENTHERAPIE</p> <p style="text-align: center;">I. Strahlendiagnostik</p> <p>Allgemeine Bestimmungen</p> <ol style="list-style-type: none"> Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten. Die Leistungen nach den Nrn. 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten. <p style="text-align: center;">1. Skelett</p> <p>Allgemeine Bestimmung</p> <p>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.</p> <p>Zähne</p> <p>5000 Röntgen, Zähne, je Projektion 50 2,91</p> <p>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</p> <p>5002 Panoramaaufnahme, Kiefer 250 14,57 5004 Panoramaischichtaufnahme, Kiefer 400 23,31</p> <p>Röntgen, Finger/Zehen</p> <p>5010 jeweils zwei Ebenen 180 10,49 5011 ergänzende Ebene(n) 60 3,50</p> <p>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.</p> <p>Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe</p> <p>5020 jeweils zwei Ebenen 220 12,82 5021 ergänzende Ebene(n) 80 4,66</p> <p>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.</p>											
4780	Isolierung mikrobieller Nucleinsäuren	900	52,46					<p>Röntgen, Arm-/Bein-/Becken-Teile, ganze(r) Hand/Fuß, Kreuzbein</p> <p>5030 jeweils zwei Ebenen 360 20,98 5031 ergänzende Ebene(n) 100 5,83</p> <p>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</p> <p>5035 Röntgen, Skelett-Teile, je Teil 160 9,33</p> <p>Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</p> <p>5037 Bestimmung des Skeletalters 300 17,49 5040 Beckenübersicht 300 17,49 5041 Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr 200 11,66 5050 Kontrastuntersuchung, Hüfte/Knie/Schulter 950 55,37 5060 Kontrastuntersuchung, Kiefer 500 29,14 5070 Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk 400 23,31 5090 Röntgen, Schädel 400 23,31 5095 Röntgen, Schädelteile 200 11,66 5098 Röntgen, Nasennebenhöhlen 260 15,15 5100 Röntgen, HWS, zwei Ebenen 300 17,49 5101 ergänzende Ebene(n) 160 9,33 5105 Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil 400 23,31 5106 ergänzende Ebene(n) 180 10,49 5110 Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität 500 29,14 5111 ergänzende Ebene(n) 200 11,66</p> <p>Die Leistung nach Nr. 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nrn. 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</p> <p>5115 Röntgen, mit Feinstfokus-/Xero-radiographietechnik, Hand/Fuß, je Teil 400 23,31 5120 Röntgen, Rippen/Schulterblatt/Brustbein, eine Ebene 260 15,15 5121 ergänzende Ebene(n) 140 8,16</p> <p style="text-align: center;">2. Hals- und Brustorgane</p> <p>5130 Röntgen, Hals/Mundboden 280 16,32 5135 Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene 280 16,32</p> <p>Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</p> <p>5137 Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen 450 26,23 5139 Röntgen, Teil der Brustorgane 180 10,49</p> <p>Die Berechnung der Leistung nach Nr. 5139 neben den Leistungen nach den Nrn. 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</p> <p>5140 Röntgen, Brustorgane im Mittelformat 100 5,83</p>							
4781	Spaltung mikrobieller Nucleinsäuren, je Enzym	150	8,74												
4782	Enzymatische Transkription von RNA	500	29,14												
4783	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14												
4784	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29												
4785	Identifizierung mikrobieller Nucleinsäuren, je Sonde	300	17,49												
4786	Trennung mikrobieller Nucleinsäuren, Elektrophorese	600	34,97												
4787	Identifizierung mikrobieller Nucleinsäuren, durch Sequenzermittlung	2000	116,57												
N. HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK															
I. Histologie															
4800	Histologische Untersuchung	217	12,65												
4801	Histologische Untersuchung, Magen-/Darmschleimhaut	289	16,85												
4802	Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung	289	16,85												
4810	Histologische/zytologische Untersuchung, zur Krebsdiagnostik	289	16,85												
4811	Histologische Untersuchung, mit Schnittserien	289	16,85												
4815	Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sonderverfahren	350	20,40												
4816	Histologische Sofortuntersuchung (Schnellschnitt)	250	14,57												
II. Zytologie															
4850	Zytologische Untersuchung zur Zyklus-Phasenbestimmung	87	5,07												
Neben der Leistung nach Nr. 4850 ist die Leistung nach Nr. 297 nicht berechnungsfähig.															
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	130	7,58												
Neben der Leistung nach Nr. 4851 ist die Leistung nach Nr. 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.															
4852	Zytologische Untersuchung, nach besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial	174	10,14												
4860	Trichogramm, auch mehrere Präparate	160	9,33												
III. Zytogenetik															
4870	Kerngeschlechtsbestimmung, auf X-Chromosomen	273	15,91												
4871	Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen	289	16,85												
4872	Chromosomenanalyse	1950	113,66												
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung	3030	176,61												

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3. Bauch- und Verdauungsorgane				Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt. Die Leistungen nach den Nrn. 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.				5318 5316, je Serie 400 23,31 Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt 600 34,97			
5150	Kontrastuntersuchung, Speiseröhre, als selbständige Leistung	550	32,06	5300	Serienangiographie, Schädel/ Brust/Bauch, eine Serie	2000	116,57	5324	Koronarangiographie, ein Herzkranzgefäß, eine Serie	2400	139,89
5157	Monokontrastuntersuchung, oberer Verdauungstrakt	700	40,80	5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5300, je Serie	400	23,31	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>			
5158	Doppelkontrastdarstellung, oberer Verdauungstrakt, einschließlich der Nr. 5150	1200	69,94	<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnvorsorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5301 berechnungsfähig.</i>				5325	Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie	3000	174,86
5159	Zuschlag zu Nrn. 5157 und 5158 bei Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49	5302	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97	5326	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung	1300	75,77	5303	Serienangiographie, Schädel/ Brust/Bauch, bei Nrn. 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29	5327	Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	58,29
5165	Monokontrastuntersuchung, Dickdarm	700	40,80	5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5303, je Serie	200	11,66	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>			
5166	Doppelkontrastuntersuchung, Dickdarm	1400	81,60	<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnvorsorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5304 berechnungsfähig.</i>				5328	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94
5167	Defäkographie	1000	58,29	5305	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5168	Pharyngographie, einschließlich Speiseröhre	800	46,63	5306	Serienangiographie, Becken/ beide Beine, eine Serie	2000	116,57	5329	Venographie, Brust/Bauch	1600	93,26
5169	Kontrastuntersuchung, Gallenblase/Gallenwege/Pankreasgänge	400	23,31	5307	Zweite Serie im Anschluss an Nr. 5306	600	34,97	5330	Venographie, Extremität	750	43,72
5190	Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene	300	17,49	5308	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63	5331	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	11,66
<i>Die Leistung nach Nr. 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nrn. 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig. Werden die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nrn. 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung	800	46,63
5191	Röntgen, Bauchübersicht, zwei oder mehr Ebenen	500	29,14	5309	Serienangiographie, eine Extremität, eine Serie	1800	104,92	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.</i>			
5192	Röntgen, Bauchteilaufnahme	200	11,66	5310	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5309, insgesamt	600	34,97	5338	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29
5200	Kontrastuntersuchung, Harntrakt	600	34,97	5311	Serienangiographie, weitere Extremität, bei Nr. 5309, eine Serie	1000	58,29	5339	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt	250	14,57
5201	Ergänzende Ebene zur Nr. 5200	200	11,66	5312	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5311, insgesamt	600	34,97	6. Interventionelle Maßnahmen			
5220	Kontrastuntersuchung, Harntrakt retrograd, je Seite	300	17,49	5313	Angiographie mit Großkassetten, Becken/Bein, je Sitzung	800	46,63	Allgemeine Bestimmung			
5230	Urethrozystographie, retrograd	300	17,49	<i>Die Leistung nach Nr. 5313 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>				Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.			
5235	Refluxzystographie, retrograd, als selbständige Leistung	500	29,14	5315	Angiokardiographie einseitig, eine Serie	2200	128,23	5345	Dilatation, Arterien	2800	163,20
5250	Kontrastuntersuchung, Gebärmutter/Eileiter	400	23,31	<i>Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
4. Spezialuntersuchungen				5316	Angiokardiographie beidseitig, eine Serie	3000	174,86	<i>Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>			
5260	Röntgen, Gänge/Hohlräume/ Fisteln	400	23,31	5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder			5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97
<i>Die Leistung nach Nr. 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig.</i>							
5265	Mammographie einer Seite, eine Ebene	300	17,49	5. Angiographie							
<i>Die Leistung nach Nr. 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				Allgemeine Bestimmungen							
5266	Mammographie einer Seite, zwei Ebenen	450	26,23								
5267	Ergänzende Ebene zur Nr. 5266	150	8,74								
5280	Myelographie	750	43,72								
5285	Bronchographie	450	26,23								
5290	Tomographie, bis zu fünf Strahlenrichtungen, je Strahlenrichtung	650	37,89								
5295	Durchleuchtung, als selbständige Leistung	240	13,99								
5298	Zuschlag zu Nrn. 5010 bis 5290, digitale Radiographie										
<i>Der Zuschlag nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>											

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	aktiven Stoffes. c. Lunge				nach Nr. 5440 nicht berechnungsfähig. h. Endokrine Organe				n. Ergänzungsleistungen		
5415	Szintigraphie, Lungenperfusion, insgesamt	1300	75,77	5450	Szintigraphie, endokrin aktives Gewebe	1000	58,29		Allgemeine Bestimmung Die Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5416	Szintigraphie, Lungenbelüftung mit Inhalation	1300	75,77		Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben. Für die Leistung nach Nr. 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en). Die Leistung nach Nr. 5450 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.			5480	Bestimmung von Impulsen mittels Gammakamera	750	43,72
	d. Herz				i. Gastrointestinaltrakt			5481	Sequenzszintigraphie	680	39,64
5420	Radionuklidventrikulographie in Ruhe	1200	69,94	5455	Szintigraphie, Gastrointestinaltrakt	1300	75,77	5483	Subtraktionsszintigraphie	680	39,64
5421	Radionuklidventrikulographie in Ruhe und unter Stimulation	3800	221,49	5456	Szintigraphie, Leber/Milz	1300	75,77	5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen	1300	75,77
	Neben der Leistung nach Nr. 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nr. 5473 berechnungsfähig.				j. Hämatologie, Angiologie			5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler	980	57,12
5422	Szintigraphie, Myokard in Ruhe	1000	58,29						o. Emissions-Computer-Tomographie		
	Die Leistungen nach den Nrn. 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			5460	Szintigraphie, große Gefäße	900	52,46	5486	SPECT	1200	69,94
5423	Szintigraphie, Myokard unter Stimulation	2000	116,57		Die Leistung nach Nr. 5460 ist neben der Leistung nach Nr. 5473 nicht berechnungsfähig.			5487	SPECT, mit regionaler Quantifizierung	2000	116,57
5424	Szintigraphie, Myokard in Ruhe und unter Stimulation	2800	163,20	5461	Szintigraphie, Lymphabflussgebiete	2200	128,23	5488	PET	6000	349,72
	Neben der Leistung nach Nr. 5424 sind die Leistungen nach den Nrn. 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.			5462	Lebenszeit/Kinetik, Blutzellen	2200	128,23	5489	PET, mit quantifizierender Auswertung	7500	437,15
	e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie			5463	Zuschlag zu Nr. 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14		2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)		
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie	2250	131,15		Szintigraphische Suche Entzündungsherde/Thromben			5600	Radiojodtherapie, Schilddrüse	2480	144,55
5426	Teilkörperskelettszintigraphie	1260	73,44	5465	eine Region	1260	73,44	5602	Radiophosphortherapie, blutbildende Organe	1350	78,69
5427	Zwei-Phasenzintigraphie des Blutpools	400	23,31	5466	Ganzkörper	2250	131,15	5603	Radiopharmazeutika-Behandlung, Knochenmetastasen	1080	62,95
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie	2250	131,15		Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistungen nach den Nrn. 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).			5604	Radiopharmazeutika-Instillation in Körperhöhlen	2700	157,38
	f. Tumorszintigraphie				k. Resorptions- und Exkretionsteste			5605	Tumorbehandlung mit radioaktiven Substanzen	2250	131,15
	Tumorszintigraphie			5470	Szintigraphie, Metabolismus von körpereigenen Stoffen	950	55,37	5606	Bestimmung der Therapieradioaktivität	900	52,46
5430	eine Region	1200	69,94		l. Sonstige				Die Leistung nach Nr. 5606 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
5431	Ganzkörper	2250	131,15	5472	Szintigraphie/Funktionsmessung ohne Gruppenzuordnung	950	55,37	5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen	1620	94,43
	Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistung nach Nr. 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en). Die Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			5473	Funktionsszintigraphie	900	52,46		Die Leistung nach Nr. 5607 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
	g. Nieren				m. Mineralgehalt				III. Magnetresonanztomographie		
5440	Nierenfunktionsszintigraphie	2800	163,20	5474	Nachweis inkorporierter Radionuklide	1350	78,69		Allgemeine Bestimmungen		
5441	Perfusionsszintigraphie, Nieren	1600	93,26						Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nr. 5735 zu beachten.		
5442	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97	5475	Osteodensitometrie, Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	5700	MRT, Kopf/Hals	4400	256,46
	Die Leistungen nach den Nrn. 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.							5705	MRT, Wirbelsäule	4200	244,81
5443	Zusatzuntersuchung zu Nrn. 5440 oder 5441, mit Angabe der Indikation	700	40,80					5715	MRT, Thorax/Hals/Aorta	4300	250,64
5444	Clearanceuntersuchungen, Nieren	1000	58,29					5720	MRT, Abdomen/Becken	4400	256,46
	Neben der Leistung nach Nr. 5444 ist die Leistung							5721	MRT, Mammale	4000	233,15
								5729	MRT, Gelenk(e)/Extremitäten-Abschnitte	2400	139,89
								5730	MRT, Extremität(en)	4000	233,15
									Neben der Leistung nach Nr. 5730 ist die Leistung nach Nr. 5729 nicht berechnungsfähig.		
								5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn. 5700 bis 5730	1000	58,29

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
5732	Zuschlag zu Nrn. 5700 bis 5730 für Positions-/Spulenwechsel	1000	58,29								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	800	46,63								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5735	Höchstwert für Nrn. 5700 bis 5730	6000	349,72								
	<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>										
IV. Strahlentherapie											
Allgemeine Bestimmungen											
1. Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.											
2. Eine Bestrahlungsfraction umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen.											
3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.											
4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose, das/die Zielvolumen/ina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfractionen.											
1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen											
5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	14,57								
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5800 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>										
Orthovoltstrahlenbehandlung											
5802	Bestrahlung, je Fraktion	200	11,66								
5803	Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion	100	5,83								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>										
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29								
5806	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion	2000	116,57								
2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung											
5810	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	11,66								
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5810 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>										
5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion	190	11,07								
	<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>										
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung, Hypophysentumor/endokrine Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46								
3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)											
Allgemeine Bestimmungen											
Die Leistungen nach den Nrn. 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muss diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.											
Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z. B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.											
Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.											
5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	87,43								
	<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>										
5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnittszeichnung, je Bestrahlungsserie	500	29,14								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozessrechner, je Bestrahlungsserie	2000	116,57								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät, je Fraktion	720	41,97								
5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99								
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	58,29								
5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99								
4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden											
Allgemeine Bestimmungen											
Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.											
Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.											
5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	87,43								
	<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>										
5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozessrechner, je Bestrahlungsserie	2000	116,57								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	17,49								
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29								
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40								
5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken											
5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarkstransplantation	6900	402,18								
	<i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>										
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29								
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57								
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14								
	<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>										
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18								
P. SEKTIONSLEISTUNGEN											
6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	99,67								
6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/umfangreich	2300	134,06								
6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	186,52								
6003	Teilweise innere Leichenschau	739	43,07								
6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	32,31								
6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	14,11								
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau, je Knochen	300	17,49								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
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								



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln

Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89 - 66 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de