



Recht

# Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

mit verkürzten Leistungs-  
bezeichnungen – Kurz-GOÄ –



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

# Inhalt

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit verkürzten Leistungsbezeichnungen

### - Kurz-GOÄ - ..... 1

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

## Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

### Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ..... 3

A.	Gebühren in besonderen Fällen.....	3
B.	Grundleistungen und allgemeine Leistungen .....	3
C.	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen .....	6
D.	Anästhesieleistungen.....	9
E.	Physikalisch-medizinische Leistungen.....	9
F.	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie .....	10
G.	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie .....	12
H.	Geburtshilfe und Gynäkologie.....	12
I.	Augenheilkunde .....	13
J.	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	15
K.	Urologie .....	16
L.	Chirurgie, Orthopädie .....	17
M.	Laboratoriumsuntersuchungen .....	24
N.	Histologie, Zytologie und Zytogenetik .....	34
O.	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie .....	34
P.	Sektionsleistungen.....	38

# 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
<b>I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen</b>											
1	<b>Beratung, auch telefonisch</b>	80	4,66	<p><i>Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;</li> <li>- bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;</li> <li>- bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;</li> <li>- bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;</li> <li>- 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.</li> <li>- Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</li> </ul>							
2	<b>Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen</b>	30	1,75								
<p>Die Leistung nach Nr. 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</p>								<p><b>D Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag</b> 220 12,82</p> <p>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.</p>			
3	<b>Eingehende Beratung, auch telefonisch</b>	150	8,74					<p><b>K 1 Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr</b> 120 6,99</p>			
<p>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.</p>								<b>III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen</b>			
4	<b>Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en)</b>	220	12,82	8	<b>Ganzkörperstatus</b>	260	15,15	20	<b>Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten)</b>	120	6,99
<p>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.</p>				<p>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.</p>				<p>Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</p>			
5	<b>Symptombezogene Untersuchung</b>	80	4,66	11	<b>Digitaluntersuchung Mastdarm / Prostata</b>	60	3,50	21	<b>Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung</b>	360	20,98
<p>Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</p>				<p>15 <b>Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken</b> 300 17,49</p> <p>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.</p>				<p>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.</p>			
6	<b>Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus)</b>	100	5,83	<b>II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8</b>				22	<b>Eingehende Beratung einer Schwangeren</b>	300	17,49
<p>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;</li> <li>- bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Nasennennern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;</li> <li>- bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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.</li> <li>- Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</li> </ul>				<p><b>Allgemeine Bestimmungen</b></p> <p>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.</p>				<p>Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</p>			
7	<b>Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)</b>	160	9,33	<p><b>A Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde</b> 70 4,08</p> <p>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.</p> <p><b>B Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr</b> 180 10,49</p> <p><b>C Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr</b> 320 18,65</p> <p>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der</p>				<p><b>23 Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft</b> 300 17,49</p> <p>Neben der Leistung nach Nr. 23 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</p> <p><b>24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf</b> 200 11,66</p> <p>Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</p> <p><b>25 Neugeborenen-Erstuntersuchung</b> 200 11,66</p> <p>Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p> <p><b>26 Früherkennungsuntersuchung beim Kind</b> 450 26,33</p> <p>Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.</p>			



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
27	<i>Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau</b>	320	18,65		<i>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.</i> <i>Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>				<i>nungsfähig.</i>		
28	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 27 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann</b>	280	16,32	46	<b>Zweitvisite im Krankenhaus</b>	50	2,91	60	<b>Konsiliarische Erörterung</b>	120	6,99
29	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 28 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen</b>	440	25,65		<i>Die Leistung nach Nr. 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.</i> <i>Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).</i>		
30	<i>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i> <i>Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde)</b>	900	52,46	48	<b>Besuch, Pflegestation</b>	120	6,99	61	<b>Assistenz, je angefangene halbe Stunde</b>	130	7,58
31	<i>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Folgeanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i> <i>Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)</b>	450	26,23		<i>Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i>		
32	<i>Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 31 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Untersuchung nach Jugendarbeitschutzgesetz</b>	400	23,31	50	<b>Besuch mit Beratung und Untersuchung</b>	320	18,65	62	<b>Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde</b>	150	8,74
33	<i>Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)</b>	300	17,49	51	<b>Mitbesuch eines weiteren Kranken</b>	250	14,57		<i>Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.</i>		
34	<i>Die Leistung nach Nr. 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i> <b>Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten)</b>	300	17,49	52	<b>Besuch durch nichtärztliches Personal</b>	100	5,83				
	<i>Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i>			55	<b>Begleitung eines Patienten durch den Arzt</b>	500	29,14				
<b>IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz</b>					<i>Die Pauschalgebühr nach Nr. 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i>						
45	<b>Visite im Krankenhaus</b>	70	4,08		<i>Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i>				<b>V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62</b>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen</i>								<b>Allgemeine Bestimmungen</b>		
									<i>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.</i>		
									<b>E Zuschlag, unverzüglich erfolgte Ausführung</b>	160	9,33

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro
<p><i>Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nrn. 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</i></p>				<b>VII. Todesfeststellung</b>				<p><b>II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen</b></p>			
<p><b>F Zuschlag, zwischen 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr</b> 260 15,15</p>				<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<p><b>Allgemeine Bestimmungen</b></p>			
<p><i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i></p>				<p>Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nrn. 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.</p>				<p>Die Leistungen nach den Nrn. 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden. Die Leistungen nach den Nrn. 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus. Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten. Die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</p>			
<p><b>G Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr</b> 450 26,23</p>				<p><b>100 Leichenschau</b> 250 14,57</p>				<p><b>250 Blutentnahme, Vene</b> 40 2,33</p>			
<p><i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig. Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i></p>				<p><b>102 Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten</b> 150 8,74</p>				<p><b>250a Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr</b> 40 2,33</p>			
<p><b>H Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag</b> 340 19,82</p>				<p><b>104 Bulbusentnahme beim Toten</b> 250 14,57</p>				<p><b>251 Blutentnahme, Arterie</b> 60 3,50</p>			
<p><i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden. Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i></p>				<b>C. NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN</b>				<p><b>252 Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär</b> 40 2,33</p>			
<p><b>J Zuschlag, Belegarzt-Visite, je Tag</b> 80 4,66</p>				<b>I. Anlegen von Verbänden</b>				<p><b>253 Injektion, intravenös</b> 70 4,08</p>			
<p><b>K 2 Zuschlag zu den Nrn. 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr</b> 120 6,99</p>				<p><b>Allgemeine Bestimmung</b></p>				<p><b>254 Injektion, intraarteriell</b> 80 4,66</p>			
<p><b>70 Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsfähigkeitsbescheinigung</b> 40 2,33</p>				<p>Wundverbände nach Nr. 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.</p>				<p><b>255 Injektion, intraartikulär oder perineural</b> 95 5,54</p>			
<p><b>75 Ausführlicher schriftlicher Bericht</b> 130 7,58</p>				<p><b>200 Verband</b> 45 2,62</p>				<p><b>256 Injektion, Periduralraum</b> 185 10,78</p>			
<p><i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i></p>				<p><b>201 Klebeverband des Brustkorbs</b> 65 3,79</p>				<p><b>257 Injektion, Subarachnoidalraum</b> 400 23,31</p>			
<p><b>76 Schriftlicher, individueller Diätplan</b> 70 4,08</p>				<p><b>204 Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskrawattenverband/ Kompressionsverband</b> 95 5,54</p>				<p><b>258 Injektion, intraaortal oder intrakardial (ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter)</b> 180 10,49</p>			
<p><b>77 Schriftliche, individuelle Planung/ Leitung einer Kur</b> 150 8,74</p>				<p><b>206 Tape-Verband, kleines Gelenk</b> 70 4,08</p>				<p><b>259 Periduralkatheter</b> 600 34,97</p>			
<p><i>Die Leistung nach Nr. 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i></p>				<p><b>207 Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband</b> 100 5,83</p>				<p><b>260 Arterieller Katheter/ zentraler Venenkatheter</b> 200 11,66</p>			
<p><b>78 Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan</b> 180 10,49</p>				<p><b>208 Stärke- oder Gipsfixation</b> 30 1,75</p>				<p><i>Die Leistung nach Nr. 260 ist neben Leistungen nach den Nrn. 355 bis 361, 626 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i></p>			
<p><b>80 Schriftliche gutachtliche Äußerung</b> 300 17,49</p>				<p><b>209 Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung</b> 150 8,74</p>				<p><b>261 Arzneimittelbringung in parenteralen Katheter</b> 30 1,75</p>			
<p><b>85 Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit</b> 500 29,14</p>				<p><b>210 Kleiner Schienenverband</b> 75 4,37</p>				<p><i>Die Leistung nach Nr. 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i> <i>Wird die Leistung nach Nr. 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i></p>			
<p><b>90 Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch</b> 120 6,99</p>				<p><b>211 Kleiner Schienenverband, Wiederanlegung</b> 60 3,50</p>				<p><b>262 Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter</b> 450 26,23</p>			
<p><b>95 Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite</b> 60 3,50</p>				<p><b>212 Großer Schienenverband</b> 160 9,33</p>				<p><b>263 Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung, je Sitzung</b> 90 5,25</p>			
<p><b>96 Schreibgebühr, je Kopie</b> 3 0,17</p>				<p><b>213 Großer Schienenverband, Wiederanlegung</b> 100 5,83</p>				<p><b>264 Injektions-/Infiltrationsbehandlung, Prostata, je Sitzung</b> 120 6,99</p>			
<p><i>Die Schreibgebühren nach den Nrn. 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i></p>				<p><b>214 Abduktionsschienenverband</b> 240 13,99</p>				<p><b>265 Auffüllung subkutanen Medikamentenreservoir/ Port-Spülung, je Sitzung</b> 60 3,50</p>			
				<p><b>217 Streckverband</b> 230 13,41</p>				<p><b>265a Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung</b> 90 5,25</p>			
				<p><b>218 Streckverband mit Extension</b> 660 38,47</p>				<p><b>266 Quaddelbehandlung, je Sitzung</b> 60 3,50</p>			
				<p><b>225 Gipsfingerling</b> 70 4,08</p>				<p><b>267 Infiltrationsbehandlung, eine Körperregion, je Sitzung</b> 80 4,66</p>			
				<p><b>227 Gipshülse mit Gelenkschienen</b> 300 17,49</p>				<p><b>268 Infiltrationsbehandlung, mehrere Körperregionen, je Sitzung</b> 130 7,58</p>			
				<p><b>228 Gipsschienenverband oder Gipsspanntoffel</b> 190 11,07</p>				<p><b>269 Akupunktur zur Schmerzbehandlung, je Sitzung</b> 200 11,66</p>			
				<p><b>229 Gipsschienenverband, Wiederanlegung</b> 130 7,58</p>				<p><b>269a Akupunktur zur Schmerzbehandlung (Mindestdauer 20 Minuten), je Sitzung</b> 350 20,40</p>			
				<p><b>230 Zirkulärer Gipsverband</b> 300 17,49</p>				<p><i>Neben der Leistung nach Nr. 269a ist die Leistung nach Nr. 269 nicht berechnungsfähig.</i></p>			
				<p><b>231 Zirkulärer Gehgipsverband, Unterschenkel</b> 360 20,98</p>							
				<p><b>232 Zirkulärer Gipsverband, zwei große Gelenke</b> 430 25,06</p>							
				<p><b>235 Zirkulärer Gipsverband, Hals</b> 750 43,72</p>							
				<p><b>236 Zirkulärer Gipsverband, Rumpf</b> 940 54,79</p>							
				<p><b>237 Gips- oder Gipsschienenverband, zwei große Gelenke</b> 370 21,57</p>							
				<p><b>238 Gipsschienenverband, zwei große Gelenke, Wiederanlegung</b> 200 11,66</p>							
				<p><b>239 Gipsverband, Arm/Schulter oder Bein/Beckengürtel</b> 750 43,72</p>							
				<p><b>240 Gipsbett oder Nachtschale, Rumpf</b> 940 54,79</p>							
				<p><b>245 Quengelverband</b> 110 6,41</p>							
				<p><b>246 Abnahme zirkulärer Gipsverband</b> 150 8,74</p>							
				<p><b>247 Abänderung (Fensterung, Spaltung, etc.) eines Gipsverbands</b> 110 6,41</p>							



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	<b>III. Punktionen</b>				<b>beider Herzhälften</b> 400 23,31			
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten	120	6,99	<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<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	Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.				<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	<b>V. Impfungen und Testungen</b>			
282	Transfusion, jede weitere Blutkonserve oder Blutpräparat	150	8,74	315	Punktion eines Organs	250	14,57	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>			
<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, Douglasraum	250	14,57	1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.			
283	Infusion, Aorta, beim Neugeborenen	500	29,14	317	Punktion, Adnextumor	350	20,40	2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.			
284	Eigenbluteinspritzung	90	5,25	318	Punktion, Harnblase/Wasserbruch	120	6,99	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.			
285	Aderlass	110	6,41	319	Punktion, Prostata/Schilddrüse	200	11,66	4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.			
286	Reinfusion, erste Einheit Eigenblut/plasma	220	12,82	321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	50	2,91	5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.			
286a	Reinfusion, jede weitere Einheit Eigenblut/-plasma	100	5,83	<b>IV. Kontrastmitteleinbringungen</b>				375	Schutzimpfung, intramuskulär/ subkutan	80	4,66
287	Blutaustauschtransfusion	800	46,63	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				376	Schutzimpfung, oral und Beratung	80	4,66
288	Entnahme einer Einheit Eigenblut	230	13,41	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.				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 Kontrastmitteleinbringungen mittels Hochdruckinjektion	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>			
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				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
	Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.				nach den Nrn. 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.			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	Stempelttest	40	2,33		Der Zuschlag nach Nr. 402 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.				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.		
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62	403	Zuschlag, transkavitäre Untersuchung	150	8,74		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.		
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test)	30	1,75		Der Zuschlag nach Nr. 403 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.				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.		
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
	Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.				Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.				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 Krankheits-erregern) – nicht berechnungsfähig.		
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		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.		
	Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.				Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.				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		Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.						
<b>VI. Sonografische Leistungen</b>											
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>											
1. Die Zuschläge nach den Nrn. 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.											
2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.											
3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.											
4. Die Leistungen nach den Nrn. 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.											
5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.											
6. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nrn. 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.											
7. Die sonografische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.											
401	Zuschlag zu Nrn. 410 - 418, Duplex-Verfahren	400	23,31	<b>VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen</b>							
	Der Zuschlag nach Nr. 401 ist neben den Leistungen			427	Apparative Beatmung, bis zu 12 Stunden	150	8,74				
				428	Apparative Beatmung, mehr als 12 Stunden, je Tag	220	12,82				
					Neben den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.						
				429	Wiederbelebungsversuch	400	23,31				
				430	Elektro-Defibrillation/-Stimulation, Herz	400	23,31				
					Die Leistung nach Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.						
				431	Elektrokardioskopie	100	5,83				

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 dem Zuschlag nach Nr. 446 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. 449 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
	Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.			<p style="text-align: center;"><b>E.</b> <b>PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN</b></p> <p><b>Allgemeine Bestimmungen</b></p> <p>In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.</p> <p style="text-align: center;"><b>I. Inhalationen</b></p>							
				450	Rauschnarkose	76	4,43	500	Inhalationstherapie	38	2,21
				451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	5,01
				452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07		Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.		
				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
630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle	908	52,92					703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus-/Fundusvarizen	500	29,14
	<i>Die Kosten für den Einschwenkkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.</i>			666	Stoffwechselapparat	121	7,05	705	Proktoskopie	152	8,86
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			669	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechselapparat mit Kohlen-säurebestimmung	227	13,23	706	Licht-/Laserkoagulation bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle -	1110	64,70	670	Ultraschallechographie, Gehirn	212	12,36	714	Neurokinesiologische Diagnostik / Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts / Statomotorik	180	10,49
632	Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle	1210	70,53	671	Einführung einer Magenverweilsonde	120	6,99	715	Prüfung der motorischen kindlichen Entwicklung	220	12,82
	<i>Die Kosten für den Einschwenkkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.</i>			672	Ausheberung des Magensaftes	120	6,99		<i>Neben der Leistung nach Nr. 715 sind die Leistungen nach den Nrn. 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	370	21,57	716	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Bewegungs-/Wahrnehmungsvermögen)	69	4,02
634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	16,03	717	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	110	6,41
635	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung	227	13,23	676	Gastroskopie	800	46,63	718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717	251	14,63
636	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung nach Belastung	379	22,09		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>		
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	13,23	677	Bronchoskopie/Thoraskopie	600	34,97	719	Funktionelle Entwicklungstherapie, mindestens 45 Minuten	251	14,36
638	Punktueller Arterien-/Venepuls-schreibung	121	7,05	678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	52,46	725	Systematische sensomotorische Entwicklungs-/Übungsbehandlung, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49
639	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	26,46	679	Mediastinoskopie, mit Probe-exzision/-punktion	1100	64,12		<i>Neben der Leistung nach Nr. 725 sind die Leistungen nach den Nrn. 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>		
640	Phlebodynamometrie	650	37,89	680	Ösophagoskopie, mit Probe-exzision/-punktion	550	32,06	726	Systematische sensomotorische Behandlung von Sprachstörungen, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49
641	Venenverschluss-plethysmographie	413	24,07	681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/Probeexzision/punktion	825	48,09		<i>Neben der Leistung nach Nr. 726 sind die Leistungen nach den Nrn. 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>		
642	Venenverschluss-plethysmogra- phie mit reaktiver Hyperämiebe- lastung	554	32,29	682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	49,54		<i>Die Leistung nach Nr. 726 ist neben der Leistung nach Nr. 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.</i>		
643	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/Venen	120	6,99	683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	1000	58,29	740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14
644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	10,49	684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	69,94	741	Verschörfung mit heißer Luft/Dämpfen, je Sitzung	76	4,43
645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	37,89	685	Duodeno-/Jejuno-/Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Probe-exzision/-punktion	1350	78,69	742	Epilation von Haaren, je Sitzung	165	9,62
646	Hypoxietest	605	35,26	686	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43	743	Schleifen/Schmirgeln/Fräsen von Haut/Nägeln, je Sitzung	75	4,37
647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	12,82	687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43	744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	4,66
648	Messung zentraler Venen-/Arterien-druck mit Röntgenkontrolle	605	35,26	688	Partielle Koloskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	900	52,46	745	Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Wundgranulationen/ bis zu drei Warzen	46	2,68
649	Transkranielle Doppler-Sonographie	650	37,89	689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	40,80	746	Elektrolyse/Kauterisation, als selbständige Leistung	46	2,68
650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	8,86	690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	350	20,40	747	Setzen von Schröpfköpfen/ Blut- egeln/Saugapparaten, je Sitzung	44	2,56
651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagus-varizen	1400	81,60	748	Hautdrainage	76	4,43
652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	25,94	692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/Steinentfernung	1900	110,75	750	Auflichtmikroskopie der Haut, je Sitzung	120	6,99
653	EKG, telemetrisch	253	14,75	692a	Drainage, Plazierung in den Gallen-/Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	23,31	752	Bestimmung Elektrolytgehalt im Schweiß	150	8,74
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	17,49	755	Hochtouriges Schleifen der Haut bei schweren Entstellungen, je Sitzung	240	13,99
654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	8,74	694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	29,14	756	Chemochirurgische Behandlung, spitze Kondylome	121	7,05
655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	8,86	695	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31	757	Chemochirurgische Behandlung, Präkanzerose	150	8,74
656	EKG, mittels intrakavitärer Ableitung, mit Röntgenkontrolle	1820	106,08	696	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	11,66	758	Kosmetische Behandlung, Akne-		
657	Vektorkardiographische Unter-suchung	253	14,75	697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Röntgenkontrolle/Probeexzision/-punktion	400	23,31				
659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31	698	Kryochirurgie, Enddarm	200	11,66				
660	Phonokardiographische Untersu- chung, mit EKG-Kontrolle/ Karotis- pulskurve/apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66	699	Infrarotkoagulation, Enddarm, je Sitzung	120	6,99				
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	30,89	700	Laparoskopie/Nephroskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63				
665	Grundumsatzbestimmung, mittels			701	Laparoskopie, mit intraabdomina-lem Eingriff	1050	61,20				



Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro
759	pusteln, je Sitzung	75	4,37	807	Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57		nach den Nrn. 716 und 717 nicht berechnungsfähig.		
	Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	76	4,34		Psychiatrische Anamnese bei Kindern	400	23,31	860	Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62
760	Alkaliresistenzbestimmung	121	7,05		<i>Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>				<i>Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>		
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung	76	4,43	808	Tiefenpsychologische oder analytische Psychotherapie	400	23,31		<i>Neben der Leistung nach Nr. 860 sind die Leistungen nach den Nrn. 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>		
762	Lymphödem-Entleerung Arm/Bein	130	7,58	812	Psychiatrische Notfallbehandlung	500	29,14	861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22
763	Spaltung, oberflächliche Venen/Hämorrhoidalknoten	148	8,63	816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken	180	10,94	862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
764	Verödung, Krampfadern/Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	190	11,07	817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder/Jugendlicher	180	10,94	863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22
765	Operative Entfernung von Marisken	280	16,32	825	Geruchs-/Geschmacksprüfung	83	4,84	864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden, mit Proktoskopie, je Sitzung	225	13,11	826	Neurologische Gleichgewichts-/Koordinationsprüfung	99	5,77	865	Behandlungsbesprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	345	20,11
768	Ätzung im Enddarmbereich	50	2,91		<i>Neben der Leistung nach Nr. 826 ist die Leistung nach Nr. 1412 nicht berechnungsfähig.</i>			870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	750	43,72
770	Ausräumung des Mastdarms	140	8,16	827	Elektroenzephalographische Untersuchung	605	35,26	871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung, mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74
780	Apparative Dehnung eines Kardiospasmus	242	14,11	827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung, mindestens 18 Stunden	950	55,37		<i>Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.</i>		
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43	828	Evozierte Hirnpotentiale, visuell/akustisch/somatosensorisch	605	35,26	885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern/Jugendlichen	500	29,14
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe	275	16,03	829	Sensible Elektoneurographie, mit Oberflächenelektroden	160	9,33	886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 40 Minuten	700	40,80
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse	330	19,23	830	Eingehende Prüfung auf Aphasie/Apraxie/Alexie/Agaphie/Agnosie/Körperschemastörungen	80	4,66	887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 60 Minuten, je Teilnehmer	200	11,66
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter, je Spülung	55	3,21	831	Vegetative Funktionsdiagnostik	80	4,66				
790	Betreuung zur Vorbereitung bei Hämodialyse, je Sitzung	500	29,14	832	Neurologische Befunderhebung durch Faradisation/Galvanisation	158	9,21				
791	Betreuung bei Heimdialyse / Limited-Care-Dialyse / Hämo-filtration, je Dialyse	320	18,65	833	Begleitung eines psychisch Kranken in die Klinik	285	16,16				
792	Betreuung bei Zentrums-/Praxisdialyse, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65		<i>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.</i>						
793	Betreuung bei Peritonealdialyse, je Tag	115	6,70	835	Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken/ein verhaltensgestörtes Kind	64	3,73				
	<i>Der Leistungsinhalt der Nrn. 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfpersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten.</i>			836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07				
	<i>Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.</i>			837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91				
	<i>Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nrn. 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i>			838	Elektromyographische Untersuchung	550	32,06				
				839	Elektromyographische Untersuchung, mit Nervenleitungs geschwindigkeit	700	40,80				
				840	Sensible Elektoneurographie, mit Nadelelektroden	700	40,80				
				842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	500	29,14				
					<i>Die Leistung nach Nr. 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>						
				845	Hypnose, Einzelbehandlung	150	8,74				
				846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Einzelbehandlung, mindestens 20 Minuten	150	8,74				
				847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung, mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62				
				849	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten	230	13,41				
				855	Projektive Testverfahren	722	42,08				
				856	Standardisierte Intelligenz-/Entwicklungstests	361	21,04				
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 856 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>						
				857	Orientierende Testuntersuchungen	116	6,76				
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 857 sind die Leistungen</i>						
<b>G.</b>											
<b>NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE</b>											
800	Eingehende neurologische Untersuchung	195	11,37								
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 800 sind die Leistungen nach den Nrn. 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>										
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung	250	14,57								
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 801 sind die Leistungen nach den Nrn. 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>										
804	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch	150	8,74								
806	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch,										
<b>H.</b>											
<b>GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE</b>											
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>											
	<i>Werden mehrere Eingriffe in der Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung der Bauchhöhle enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 3135 zu kürzen.</i>										
1001	Tokographische Untersuchung	120	6,99								
1002	Externe kardiokographische Untersuchung	200	11,66								
1003	Interne kardiokographische Untersuchung	379	22,09								
	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nr. 1001 nicht berechnungsfähig.</i>										
1010	Amnioskopie	148	8,63								
1011	Amniozentese, mit Fruchtwasserentnahme	266	15,50								
1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31								
1013	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung	178	10,38								
1014	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung, mittels Amnioskopie	296	17,25								
1020	Gebärmutterhals-Dehnung bei einer Geburt	148	8,63								
1021	Beistand bei einer Geburt, Kunsthilfe ohne Beendigung auf natürlichem Weg, mindestens zwei Stunden	266	15,50								
1022	Beistand bei einer Geburt, Kunst-										



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1216	Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05	1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern, Hornhaut	152	8,86	1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	188,27
1217	Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus	91	5,30	1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Hornhaut	278	16,20	1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07
1217	Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	14,11	1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83	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>										
1218	Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufs beider Augen	700	40,80	1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern, aus Augennern	1290	75,19	1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70
1225	Kampimetrie/Perimetrie	121	7,05	1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern/Geschwulst, aus Augennern	2220	129,40	1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332 739	43,07	
1226	Projektionsperimetrie	182	10,61	1282	Entfernung Geschwulst/Kalkinfarkten, Lider/Augapfelbindehaut	152	8,86	1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26
1227	Quantitativ abgestufte Profilperimetrie	248	14,46	1283	Entfernung Fremdkörper/Geschwulst, Augenhöhle	554	32,29	1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	61	3,56	1284	Entfernung von Fremdkörpern/Geschwulst mit Muskelablösung, Augenhöhle	924	53,86	1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61	1285	Entfernung von Fremdkörpern/Geschwulst mit Resektion der Orbitalwand, Augenhöhle	1480	86,27	1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21	1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita	1500	87,43	1345	Hornhautplastik	1660	96,76
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1233 ist die Leistung nach Nr. 1234 nicht berechnungsfähig.</i>										
1234	Untersuchung des Dämmerungsehens, ohne Blendung	91	5,30	1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle	1850	107,83	1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46
1235	Untersuchung des Dämmerungsehens, während Blendung	91	5,30	1292	Operation der Augenhöhlen-/Tränensackphlegmone	278	16,20	1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61
1236	Untersuchung des Dämmerungsehens, nach Blendung	91	6,30	1293	Dehnung/ Durchspülung/ Sondierung/Salbenfüllung/ Kautistik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31	1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50
1237	Elektroretinographische/ elektrookulographische Untersuchung	600	34,97	1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58	1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83
1240	Spaltlampe-mikroskopie	74	4,31	1297	Operation des evertierten Tränenpunkchens	152	8,86	1350	Staroperation	2370	138,14
1241	Gonioskopie	152	8,86	1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasengangs	132	7,69	1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	152	8,86	1299	Tränensackexstirpation	554	32,29	1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56	1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses, mit Knochenfensterung	1220	71,11	1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50
1244	Exophthalmometrie	50	2,91	1301	Exstirpation/ Verödung der Tränendrüse	463	26,99	1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40
1248	Fluoreszenzuntersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	242	14,11	1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus	924	53,86	1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	484	28,21	1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41	1356	Eröffnung/Spülung/Wiederherstellung der Augenvorderkammer	370	21,57
	<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>										
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers	273	15,91	1304	Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	53,86	1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung	273	15,91	1305	Operation der Lidsenkung	739	43,07	1358	Zyklodialyse/Iridektomie	1000	58,29
1252	Spaltlampefotografie	100	5,83	1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70	1359	Zyklodiathermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation	500	29,14
1253	Fundusfotografie	150	8,74	1310	Augenlidplastik mittels freier Hauttransplantates	1480	86,27	1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29
1255	Tonometrische Untersuchung, Impressionstonometer	70	4,08	1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	64,70	1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83
1256	Tonometrische Untersuchung, Applanationstonometer	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
1257	Tonometrische Untersuchung, mehrfach in zeitlichem Zusammenhang	242	14,11	1313	Abreiben/Skarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75	1365	Lichtkoagulation bei Netzhautablösung/-blutung, je Sitzung	924	53,86
1259	Pupillographie	242	14,11	1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31	1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64	1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	107,83	1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen	2220	129,40
1262	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, erste Messung	242	14,11	1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03	1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61
1263	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, jede weitere Messung	152	8,86	1321	Operation des Flügelbells	296	17,25	1369	Koagulation/Lichtkautistik, Netz-/ Aderhauttumor	1850	107,83
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86	1322	Operation des Flügelbells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86
1270	Pleoptische/orthoptische Behandlung an optischen Zusatz-/Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15	1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91	1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19
1271	Auswahl/Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68	1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/Lederhautwunde	230	13,41	1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern, Bindehaut/Hornhaut	37	2,16	1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70	1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern, Hornhaut/Lederhaut	74	4,31	1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/Lederhautverletzung	1850	107,83	1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernverflüssigung		
								1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01
								1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32	1438	Seitenstrang, auch beidseitig	36	2,10	1486	zellen, von außen	924	53,86
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	1439	Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57	1487	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors	2770	161,46	1440	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57	1488	Radikaloperation, Stirnhöhle/Siebbeinzellen, von außen	1480	86,27
1382	Goniotrepanation/Trabekulektomie/Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	1441	Operative Entfernung, einzelne Nasenpolypen einer Nasenseite	130	7,58	1489	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83
1383	Vitrektomie/Glaskörperstrang-durchtrennung	2500	145,72	1442	Operative Entfernung, mehrere Nasenpolypen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	1490	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	75,19
1384	Vordere Vitrektomie	830	48,38	1443	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand	463	26,99	1491	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	17,25
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19	1444	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	43,07	1492	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70
<b>J. HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE</b>				1445	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76	1493	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	129,40
1400	Genauere Hörprüfung	76	4,43	1446	Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14	1494	Tränenackoperation, vom Naseninnern aus	1110	64,70
1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50	1447	Plastische Operation bei ekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	1495	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	2,56
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1448	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33	1496	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	26,99
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1449	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63	1497	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	43,07
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>				1450	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12	1498	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	3,67	1451	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06	1499	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63
1406	Kinderaudiometrie	182	10,61	1452	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52	1500	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>				1453	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57	1501	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26
1407	Impedanzmessung, Trommelfell/Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	10,61	1454	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19	1502	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	5,42
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	1455	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31	1503	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	1456	Punktion einer Kieferhöhle	119	6,94	1504	Schlitzung, Parotis-/Submandibularis-Ausführungsgang	190	11,07
<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>				1457	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	10,38	1505	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78
1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	5,30	1458	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	23,72	1506	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	64,70
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	1459	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	17,25	1507	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57
1414	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen	42	2,45	1460	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	32,29	1508	Entfernung der Zunge	2220	129,40
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/Paukenhöhle	91	5,30	1461	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenmuschel/Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	43,07	1509	Operation einer Speichelfistel	739	43,07
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	1462	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	86,27	1510	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	1463	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94	1511	Exstirpation der Unterkiefer-/Unterszungspeicheldrüse	900	52,46
1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum/Stimmbänder	180	10,49	1464	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40	1512	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	107,83
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>				1465	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38	1513	Parotixestirpation	2000	116,57
1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	2,91	1466	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/Stirnhöhle	59	3,44	1514	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf	46	2,68
1426	Ausstopfung der Nase von vorn/hinten	100	5,83	1467	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62	1515	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43
1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	5,54	1468	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbein-			1516	Galvanokaustik/Elektrolyse/Kürettament im Kehlkopf	370	21,57
1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	21,57	1469				1517	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43	1470				1518	Intubation/ Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf	152	8,86
1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	6,94	1471				1519	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30	1472				1520	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61
1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/			1473				<i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i>			
				1474				1521	Schwebe-/Stützlarngoskopie	500	29,14
				1475				1522	Probexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99
				1476				1523	Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf	647	37,71
				1477				1524	Endolaryngeale Resektion/ frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83
				1478				1525	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02
				1479				1526	Kehlkopplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83
				1480				1527	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17
				1481				1528	Teilweise Entfernung des Kehl-		



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	kopfes, mit Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	107,83	1597	Gehörganges bei Atresie	1480	86,27	1704	aus der männlichen Harnröhre	148	8,63
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40		Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,7	1708	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	215,66	1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	96,76	1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	75	4,37
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie	2770	161,46	1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/des Labyrinthes/eines Hirnabszesses	2770	161,46	1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	3,44
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07	1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	96,76	1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	161,46	1712	Endoskopie der Harnröhre	119	6,94
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	17,49	1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27	1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	17,25
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie	3000	174,86	1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	86,27	1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	13,41
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	64,70	1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	17,94
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>			1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	136,98	1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1614	Tympanoplastik mit Interposition/und Aufbau der Gehörknöchelchenkette	3140	183,02	1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29
1557	Elektrolotographische Untersuchung	106	6,18	1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98	1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflösen, je Sitzung	148	8,63	1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	64,70	1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	96,76
1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	40,80	1724	Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	96,76
1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	136,98	1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44
1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpföpfen, auch beidseitig	45	2,62	1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	136,98	1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung	104	6,06
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	1625	Fazialisdekompression	2220	129,40	1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	77,52		<i>Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nr. 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nr. 7 nicht berechnungsfähig.</i>		
1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	10,78	1628	Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	43,07	1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung	74	4,31
1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	4,31	1629	Extraduraler/transstympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	215,66	1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	4,31
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers, Gehörgang/ Paukenhöhle	148	8,63	1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	43,07		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i>		
1575	Inzision des Trommelfells	130	7,58	1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschel	887	51,07	1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage	320	18,65	1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60	1737	Meatomie	74	4,31
1577	Einsetzen/Auswechseln Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	2,62	1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29	1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29
1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	2,33	1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29	1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle	70	4,08					1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25
1580	Galvanokaustik, Gehörgang/ Paukenhöhle	89	5,19					1741	Phimoseoperation	370	21,57
1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	7,58					1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95
1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25					1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	32,29
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	554	32,29					1746	Operation einer Epispadie/ Hypospadie	1110	64,70
1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	1,75					1747	Penisamputation	554	32,29
1590	Katheterismus der Ohrtrompete, auch beidseitig	74	4,31					1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistendrüsen	2220	129,40
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33					1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83					1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52
1596	Plastische Herstellung des äußeren							1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzungen, Glans penis/ Corpora cavernosa	924	53,86

## K. UROLOGIE

### Allgemeine Bestimmungen

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



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1752	Operative Implantation einer Penis-Stützprothese	2500	145,72	1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07		<i>nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
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	1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74	1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81
1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29	1800	Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27	1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes	1480	86,27
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70	1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkörpern, Koagulation von Geschwülsten, Fistelkatheter	1480	86,27	1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27
1759	Transpenile/transskrotale Venenembolisation	2800	163,20	1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07	1836	Nierenpolresektion	2770	161,46
1760	Varikelektomie mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27	1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70	1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1803 ist die Leistung nach Nr. 1802 nicht berechnungsfähig.</i>			1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung	1200	69,94	1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83	1839	Nierenausgangsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	1805	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion	1850	107,83	1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81	1806	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion/ Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40	1841	Nephrektomie	2220	129,40
1765	Hodentfernung, einseitig	739	43,07	1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23	1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27
1766	Hodentfernung, beidseitig	1200	69,94	1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78	1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48
1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	26,99	1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70	1844	Implantation einer Niere	4990	290,85
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94	1812	Ureterverweilschiene/Ureterkatheter	340	19,82	1845	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27		<i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>			1846	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27
1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86	1814	Harnleiterbougie	900	52,46	1847	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40
1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	86,27	1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schätzung des Harnleiterostiums	1110	64,70	1848	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62		<i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			1849	Explantation/plastische Versorgung/Replantation einer Niere	6500	378,87
1776	Eröffnung eines Prostataabszesses, vom Damm aus	370	21,57	1816	Schlitzung des Harnleiterostiums	481	28,04	1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86
1777	Elektro-/Kryoresektion der Prostata	924	53,86	1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40	1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80
1778	Operative Entfernung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83	1818	Ureterektomie	2770	161,46	1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94
1779	Totale Entfernung, Prostata/Samenblasen	2590	150,96	1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58		<i>Neben der Leistung nach Nrn. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i>		
1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83	1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96	1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27
1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46	1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10	1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70	1825	Harnleiterplastik, mit Antirefluxplastik	2770	161,46	1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung	1850	107,83	1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99		<b>L. CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE</b>		
1784	Totale Entfernung der Prostata/Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01	1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43		<b>Allgemeine Bestimmungen</b>		
1785	Zystoskopie	207	12,07	1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43		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.		
1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	20,69	1829	Harnleiterfreilegung	2590	150,96		Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung 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.		
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69	1829a	Ureterolyse	1110	64,70				
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 1829 und 1829a sind</i>						
1789	Chromozystoskopie	325	18,94								
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	21,57								
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung	148	8,63								
1792	Uroflowmetrie	212	12,36								
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31								
	<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>										
1794	Simultane, elekromanometrische 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								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro				
<b>I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung</b>															
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	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk	463	26,99				
2003	Erstversorgung, große/verunrein- igte Wunde	130	7,58	2067	Operation, Hand-/Fußmißbildung	1660	96,76	2119	Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27				
2004	Versorgung, große Wunde, mit Naht	240	13,99	2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnel- syndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76	2120	Denervation, Finger-/Zehengelenk	650	37,89				
2005	Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht	400	23,31	2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83	2121	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/ Fuß-/Kniegelenk	1300	75,77				
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfä- hig, wenn die Exzision des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i>															
2006	Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde	63	3,67	2072	Offene Sehnen-/Muskel durch- schneidung	463	26,99	2122	Resektion, Finger-/Zehengelenk	407	23,72				
2007	Entfernung von Fäden/Klammern	40	2,33	2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89	2123	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fuß- gelenk	1110	64,70				
2008	Wund-/Fistelspaltung	90	5,25	2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12	2124	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83				
2009	Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche	100	5,83	2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86	2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40				
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	2770	161,46				
2015	Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen	60	3,50	2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99	2130	Operative Versteifung, Finger-/ Zehengelenk	650	37,89				
<b>II. Extremitätenchirurgie</b>															
2029	Anlegen einer Blutleere/-sperre, Extremität	50	2,91	2081	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86	2131	Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk	1300	75,77				
2030	Eröffnung, subkutanes Panaritium/ Paronychie, mit Nagel-Exzaktion	130	7,58	2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes	1650	96,17	2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46				
2031	Eröffnung, ossales Panaritium/ Sehnenscheidenpanaritium	189	11,02	2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17	2133	Operative Versteifung, Kniege- lenk	2100	122,40				
2032	Anlage einer Spül-/Saugdrainage	250	14,57	2084	Sehnenscheidenstenosenoperation	407	23,72	2134	Arthroplastik, Finger-/Zehengelenk	924	53,86				
2033	Nagel-Exzaktion	57	3,32	2087	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Teilentfernung Palmara- poneurose	924	53,86	2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/ Fußgelenk	1400	81,60				
2034	Nagel-Ausrottung, mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	2088	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmara- poneurose	1100	64,12	2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/ Kniegelenk	1660	96,76				
2035	Plastische Operation am Nagelwall	180	10,49	2089	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmaraponeu- rose/Strangresektion an Fingern/ Z-/Zickzackplastik	1800	104,92	2137	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40				
2036	Anlegen einer Nagelspanne	45	2,62	2090	Spülung, Sehnenscheidenpana- ritium, je Sitzung	63	3,67	2140	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1000	58,29				
2040	Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile	554	32,29	2091	Sehnenscheidenradikaloperation	924	53,86	2141	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/ Zehengelenk oder Fingerprothese	1800	104,92				
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik	700	40,80	2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72	2142	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38				
2042	Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung	1100	64,12	2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91	2143	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußge- lenk	4860	283,28				
2043	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	<b>III. Gelenkchirurgie</b>											
2044	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie	1700	99,09	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>											
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 dem- selben 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 dersel- ben 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 Hüftpfannen- daches durch Beckenosteotomie	2100	122,40				
2060	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41	2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk	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-/Zehenge- 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-/ Zehengelenk	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 Schultergelenk	370	21,57	2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94
2165	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	2218	Einrenkung, alte Luxation Schultergelenk	540	31,48	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 Kniegelenk- endoprothese, mit Gelenk- Versteifung	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/Unterschenkel/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/Kyposen	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 Hüftgelenkluxation, 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 Hüftgelenkluxation, 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 Hüftgelenkluxation 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 Hüftgelenkluxation	1480	86,27	2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83
<b>IV. Gelenkluxationen</b>				2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenkluxation, mit Pfannendachplastik/Knocheneinpflanzung/Beckenosteotomie	2770	161,46	2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenkluxation, 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 Hüftgelenkluxation, 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 Hüftgelenkluxation 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, angeborene Hüftgelenkluxation	1480	86,27	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 Hüftgelenkluxation, 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 Hüftgelenkluxation, 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	<b>V. Knochenchirurgie</b>				2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62
2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82	2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99	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					2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57
								2294	Steißbeinresektion	554	32,29
								2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99
								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
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	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	300	17,49
2539	Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele	6250	364,30	2587	Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv	1850	107,83	2676	Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuboplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	49,54
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29	2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht	2100	122,40	2677	Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer	2200	128,23
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	262,29	2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht, mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat	2400	139,89	2678	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	40,80
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	2590	Naht eines Nervenplexus	3000	174,86	2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83
2550	Exstirpation, Kleinhirntumor	5000	291,44	2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus	6000	349,72	2681	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	23,31
2551	Exstirpation, Kleinhirnbrückenwinkel-/Stammhirntumor	7500	437,15	2592	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse	1800	104,92	2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60
2552	Exstirpation, retrobulbärer Tumor	6250	364,30	2593	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	2770	161,46	2685	Reposition, Zahn	200	11,66
2553	Intrakranielle Operation, basale Liquorfistel, mit plastischem Verschluss	6000	349,72	2594	Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86	2686	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2554	Plastischer Verschluss, Knochendefekt des Hirnschädels	1800	104,92	2595	Nervenpfropfung	1600	93,26	2687	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2555	Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie	1480	86,27	2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation	2400	139,89	2688	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	43,72
2556	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie	1850	107,83	2597	Verödung/Verkochung des Ganglion Gasseri	700	40,80	2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2557	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder-Einpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89	2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	81,60	2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	209,83
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	2599	Blockade eines Nerven, Schädelbasis	225	13,11	2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte	1500	87,43
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implantation von Reizelektroden	4620	269,29	2600	Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis	1500	87,43	2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	69,94
2562	Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen	2250	131,15	2601	Grenzstrangresektion, zervikal	1000	58,29	2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2563	Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis	2310	134,64	2602	Grenzstrangresektion, abdominolumbal	1480	86,27	2695	Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38
2564	Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark	4800	279,78	2603	Grenzstrangresektion, thorakolumbal	3000	174,86	2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14
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	2697	Anlegen von Drahtligaturen/Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im thorakaler/lumbaler Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	3000	174,86	<b>IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</b>							
2570	Implantation, Reizelektroden/Empfangsgerät, Rückenmark	4500	262,29	2620	Operation, isolierte Lippenspalte	750	43,72	2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43
2571	Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomenigozele/Meningozele	2650	154,46	2621	Operation, breite Lippen-Kieferpalte, mit Naseneingangplastik	1500	87,43	2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23
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	2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	20,40
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584	500	29,14	2625	Verschluss, Defekte am Gaumen/Vestibulum	1250	72,86	2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	104,92
2574	Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbelkanal	2750	160,29	2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	2702	Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49
2575	Entfernung, raumbeengender intraduraler Prozess im Wirbelkanal	3500	204,01	2627	Verschluss, harter/weicher Gaumen	2000	116,57	2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09
2576	Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmißbildung/Tumor	4500	262,29	2630	Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/Osteoplastik	6000	349,72	2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77
2577	Entfernung, raumbeengender intra-/extraspinaler Prozess	4000	233,15	2640	Operative Verlagerung, Oberkiefer, je Kieferhälfte	1200	69,94	2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12
2580	Freilegung/Durchtrennung/Exhairese, Nerv	554	32,29	2642	Operative Verlagerung, Unterkiefer, je Kieferhälfte	1850	107,83	2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	43,72
2581	Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminusast	924	53,86	2646	Entfernung/Osteotomie, verlagertes/retinierter Zahn	740	43,13	2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3000	174,86
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
2715	Suprahyoidale Lymphknoten- ausräumung einer Seite	2000	116,57	2828	großes Thoraxgefäß	7500	437,15	2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	64,70
2716	Radikale Halslymphknoten- ausräumung einer Seite	5000	291,44	2829	Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	174,86	2953	Thorakoplastik	3140	183,02
2720	Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	800	46,63	2834	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	303,09	2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröff- nung	4620	269,29
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	500	29,14	2835	Operation, Nierengefäß	1480	86,27	2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	291,44
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	2836	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Stenose/Verschluss	4500	262,29	2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40
<b>X. Halschirurgie</b>				2837	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	291,44	2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	174,86
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	2838	Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	291,44	2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	297,27
2751	Tracheotomie	554	32,29	2839	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	4300	250,64	2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	174,86
2752	Exstirpation, Ductus thyroglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresek- tion Zungenbein	1350	78,69	2840	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	3000	174,86	2970	Anlage, Pleuradrainage	554	32,29
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	96,76	2841	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	174,86	2971	Spülung, Pleuraum	148	8,63
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	96,76	2842	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	2000	116,57	2972	Pleurgewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung	666	38,82
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse	1850	107,83	2843	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	3700	215,66	2973	Pleurektomie, einseitig	2220	129,40
2756	Ausschälung, Nebenschilddrüse	2200	128,23	2844	Rekonstruktive Operation, arterio- venöse Fistel, Extremitäten/Hals	3700	215,66	2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	183,02
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromge- biete/Nachbarorgane	3700	215,66	2880	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/ Bauchraum	5500	320,58	2975	Dekortikation, Lunge	4800	279,78
2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	69,94	<b>3. Venenchirurgie</b>				2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	116,57
<b>XI. Gefäßchirurgie</b>				2881	Inzision, Varixknoten	148	8,63	2977	Thorakokaustik, bei Spontanpneumothorax	739	43,07
<b>1. Allgemeine Verrichtungen</b>				2882	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	2979	Operative Entfernung, Pleura- empyem	1110	64,70
2800	Venaesection	275	16,03	2883	Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40
2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	26,99	2885	Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste- Exstirpation	1200	69,94	2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70
2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	129,40	2886	Entfernung, kleine Blutadere- geschwulst	1110	64,70	2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27
2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	86,27	2887	Entfernung, große Blutadere- geschwulst	2770	161,46	2992	Thorakotomie, mit Gewebesen- nahme für histologische/bakte- riologische Untersuchung	1290	75,19
2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	14,75	2888	Thrombektomie	2000	116,57	2993	Thorakotomie, mit Gewebsentnahme/intrathorakale Präparationen	1480	86,27
2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	2889	Veno-venöse Umleitung	3140	183,02	2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	161,46
2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	43,07	2890	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	215,66	2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	183,02
2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	23,31	2891	Isolierte Seitenastexstirpation/ Perforansdissektion/Perforans- ligatur	350	20,40	2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15
2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	43,13	2892	Rekonstruktive Operation, Körperven	3000	174,86	2997	Lobektomie/Lungensegment- resektion(en)	5100	297,27
2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	291,44	2893	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	86,27	2998	Bilobektomie	4800	279,78
<b>2. Arterienchirurgie</b>				2894	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Trans- plantat	2100	122,40	2999	Pneumonektomie, mit intraperikar- dialer Gefäßversorgung/Ausräu- mung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41
2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	183,02	2895	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	69,94	3000	Bronchotomie	2770	161,46
2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	244,81	2896	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	87,43	3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	338,07
2822	Rekonstruktive Operation, Armarterie	2300	134,06	2897	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	129,40	3002	Operative Kavernen-/ Lungenabszesseröffnung	4800	279,78
2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	107,83	2900	Operation/Dissektion, bei porta- lem Hochdruck	3140	183,02	3010	Sternotomie	1110	64,70
2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	174,86	2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	215,66	3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	233,15
2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	378,87	2902	Operation/venöse Anastomose/ Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	269,29	3012	Drainage, Mediastinum	554	32,29
2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	378,87	<b>4. Sympathikuschirurgie</b>				3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15
2827	Operation, Aneurysma,			2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57	<b>XIII. Herzchirurgie</b>			
				2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	3050	Operative Maßnahmen in Verbin- dung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	107,83
<b>XII. Thoraxchirurgie</b>				2950	Resektion, eine Rippe	739	43,07	3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	75,19
				2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	64,70	3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
								3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
								3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83
								3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29
								<i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Ope- ration berechnungsfähig.</i>			
								3060	Intraoperative Funktionsmes- sungen, Herz	554	32,29
								3065	Operation, Perikard	2000	116,57
								3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	183,02
								3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	86,27



Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro
3305	der Behandlung nach Nr. 3301 Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	227	13,23
3306	Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule	37	2,16
3310	Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß	148	8,63
3311	Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unterschenkel/Fuß	76	4,43
3312	Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf	152	8,86
3313	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein	189	11,02
3314	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter	303	17,66
3315	Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken	379	22,09
3316	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf	473	27,57
3317	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm	757	44,12
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln	946	55,14
3321	Konstruktionsplan für großes orthopädisches Hilfsmittel	95	5,54

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.

### M. LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

#### Allgemeine Bestimmungen

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

- Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
- Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde. Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Messgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein. Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muss in der Rechnung angegeben werden. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.
- Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
- Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
- Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst:  
**Agglutination:** Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);  
**Immundiffusion:** Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;  
**Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden:** Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;  
**Ligandenassay:** Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten. Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
- Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
- Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 sind nur nach Nr. 437 berechnungsfähig.

#### I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>			
Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.			
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25
<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>			
3501	Blutsenkung	60	3,50
3502	Differenzierung, Blutaussstrich	120	6,99
3503	Hämatokrit	70	4,08
<b>Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße</b>			
<i>Katalog</i>			
3504	Erythrozyten		
3505	Leukozyten		
3506	Thrombozyten		
3508	Mikroskopie, Nativpräparat, je Material	80	4,66
3509	Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material	100	5,83
3510	Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat	120	6,99
3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung	50	2,91
<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. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>			
<b>Untersuchung, je Messgröße</b>		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		
<b>Untersuchung, je Messgröße</b>		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

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
<b>II. Basislabor</b>				<b>5. Substrate, Metabolite, Enzyme</b>				<b>3631.H</b> Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10 1400 81,60			
Allgemeine Bestimmungen				<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				<b>3633.H</b> 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)			
<b>Höchstwerte</b>				3580.H1 Anorganisches Phosphat 40 2,33				<b>3650</b> Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung 60 3,50			
<b>3541.H</b> 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.			
<b>1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen</b>				3582 Bilirubin, direkt 70 4,08				<b>3651</b> Mikroskopie, Urinsediment 70 4,08			
<b>3550</b> Blutbild/Blutbildbestandteile 60 3,50				3583.H1 Harnsäure 40 2,33				<b>3652</b> 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				<b>3653</b> 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				<b>3654</b> Zeltzählung im Urin (Addis-Count) 80 4,66			
<b>3551</b> Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550 20 1,17				3587.H1 Alkalische Phosphatase 40 2,33				<b>2. Sekrete, Liquor, Konkremente</b>			
<b>3552</b> Retikulozytenzahl 70 4,08				3588.H1 Alpha-Amylase 50 2,91				<b>3660</b> Mikroskopie, Sekret 40 2,33			
<b>2. Elektrolyte, Wasserhaushalt</b>				3589.H1 Cholinesterase 40 2,33				<b>3661</b> Gallensediment 40 2,33			
<b>3555</b> Calcium 40 2,33				3590.H1 Creatinkinase (CK) 40 2,33				<b>3662</b> HCl 70 4,08			
<b>3556</b> Chlorid 30 1,75				3591.H1 Creatinkinase MB (CK-MB) 50 2,91				<b>3663</b> Differenzierung, Sperma 160 9,33			
<b>3557</b> Kalium 30 1,75				3592.H1 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) 40 2,33				<b>3664</b> Spermienagglutination 120 6,99			
<b>3558</b> Natrium 30 1,75				3593.H1 Glutamatdehydrogenase (GLDH) 50 2,91				<b>3665</b> Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz 150 8,74			
<b>3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel</b>				3594.H1 Glutamatoxalacetattransaminase (GOT) 40 2,33				<b>3667</b> Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung 70 4,08			
<b>Allgemeine Bestimmung</b>				3595.H1 Glutamatpyruvattransaminase (GPT) 40 2,33				<b>3668</b> 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.			
<b>3560</b> Glukose 40 2,33				3597.H1 Laktatdehydrogenase (LDH) 40 2,33				<b>3669</b> Erythrozytenzahl (Liquor) 60 3,50			
<b>3561</b> Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c) 200 11,66				3598.H1 Lipase 50 2,91				<b>3670</b> Leukozytenzahl (Liquor) 60 3,50			
<b>3562.H1</b> Cholesterin 40 2,33				<b>3599</b> Saure Phosphatase (sP) 70 4,08				<b>3671</b> Differenzierung, Liquorzellausstrich 160 9,33			
<b>3563.H1</b> HDL-Cholesterin 40 2,33				<b>6. Gerinnungssystem</b>				<b>3672</b> Steinanalyse, Infrarotspektrometrie/Mikroskopie 250 14,57			
<b>3564.H1</b> LDL-Cholesterin 40 2,33				<b>3605</b> Partielle Thromboplastinzeit (PTT) 50 2,91				<b>3673</b> Steinanalyse, Röntgendiffraktion 570 33,22			
<b>3565.H1</b> Triglyzeride 40 2,33				<b>3606</b> Plasmathrombinzeit (PTZ) 70 4,08				<b>3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen</b>			
<b>4. Proteine, Elektrophoreseverfahren</b>				<b>3607</b> Thromboplastinzeit (Quickwert) 50 2,91				<b>3680</b> Differenzierung, Blutaussstrich 90 5,25			
<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<b>7. Funktionsteste</b>				<b>3681</b> Differenzierung, Knochenmarkausstrich 570 33,22			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				<b>3682</b> Eisenfärbung, Blut-/Knochenmarkausstrich 120 6,99			
<b>3570.H1</b> 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.				<b>3683</b> Färbung, Blut-/Knochenmarkausstrich, je Färbung 250 14,57			
<b>3571</b> 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.				<b>3686</b> Eosinophilenzahl 70 4,08			
<b>3572</b> Immunglobulin E (IgE) 250 14,57				<b>3610</b> Amylase-Clearance 100 5,83				<b>3688</b> Osmotische Resistenz, Erythrozyten 90 5,25			
<b>3573.H1</b> Gesamt-Protein Serum/Plasma 30 1,75				<b>3611</b> Blutzuckertagesprofil 160 9,33				<b>3689</b> Fetales Hämoglobin (HbF) 160 9,33			
<b>3574</b> Proteinelektrophorese Serum 200 11,66				<b>3612</b> Glukosetoleranztest, intravenös 280 16,32				<b>3690</b> Freies Hämoglobin 180 10,49			
<b>3575</b> Transferrin 100 5,83				<b>3613</b> Glukosetoleranztest, oral 160 9,33				<b>3691</b> Hämoglobinelektrophorese 570 33,22			
<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<b>3615</b> Kreatinin-Clearance 60 3,50				<b>3692</b> Methämoglobin/Carboxyhämoglobin/Sauerstoffsättigung 60 3,50			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				<b>8. Spurenelemente</b>				<b>3693</b> Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest 570 33,22			
<b>3570.H1</b> Albumin, photometrisch 30 1,75				<b>3620</b> Eisen 40 2,33				<b>3694</b> Lymphozytentransformationstest 570 33,22			
<b>3571</b> Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin 150 8,74				<b>3621</b> Magnesium 40 2,33				<b>3695</b> Phagozytäre Funktion, Granulozyten 120 6,99			
<b>3572</b> Immunglobulin E (IgE) 250 14,57				<b>III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen</b>				<b>3696</b> Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, je Antiserum 570 33,22			
<b>3573.H1</b> Gesamt-Protein Serum/Plasma 30 1,75				<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<b>3697</b> Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, weitere Antiseren, je Antiserum 250 14,57			
<b>3574</b> 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.							
<b>3575</b> Transferrin 100 5,83				<b>Höchstwerte</b>							
<b>Allgemeine Bestimmung</b>				<b>3630.H</b> 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>			
									<b>Quantitative</b>	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 (Thyropoxidase)		
									3844	Mikrosomen		
									3845	Mitochondrien (AMA)		
									3846	nDNA		
									3847	Parietalzellen		
									3848	Skelettmuskulatur		
									3849	Speichelgangepithel		
									3850	Spermien		
									3852	Thyreoglobulin		
									3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten		
									3854	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									<b>Subformen antinukleärer/zytoplasmatischer Antikörper</b>	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>			
									<b>Antikörper, Ligandenassay</b>	450	26,23	
									<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
									3868	Azetylcholinrezeptoren		
									3869	Cardiolipin (IgG-/IgM-Fraktion), je Fraktion		
									3870	Interferon alpha		
									3871	Mikrosomen (Thyropoxidase)		
									3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
									3873	Myeloperoxidase (P-ANCA)		
									3874	Proteinase 3 (C-ANCA)		
									3875	Spermien		
									3876	Thyreoglobulin		
									3877	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									3879	Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK)	550	32,06
									3881	Zirkulierende Immunkomplexe	290	16,90
									<b>Qualitativer Antikörpernachweis, Agglutination</b>	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 Antikörper gegen</i>				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 Antikörper gegen</i>				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	Fibrinospaltprodukte, quantitativ	360	20,98	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 II/VIII/IX/X, je Faktor	460	26,81	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 VII/XI/XII, je Faktor	720	41,97	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
3895	Heterophile Antikörper, je Fraktion	1100	64,12	3942	Gerinnungsfaktor VIII Ag	250	14,57	4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	11,66		
3896	Antikörper gegen Gliadin, qualitativ	290	16,90	3943	Gerinnungsfaktor XIII	180	10,49	4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)/Identitätssicherung im ABO-System	300	17,49		
3897	Antikörper gegen Gliadin, quantitativ	510	29,73	3944	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion	250	14,57	<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	Gewebspfasminogenaktivator (t-PA)	300	17,49	4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	5,83		
10. Tumormarker				3946	Heparin	140	8,16	4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organeln/Proteinen, je Isolierung	400	23,31		
Allgemeine Bestimmung				3947	Partielle Thromboplastinzeit, Doppelbestimmung	70	4,08	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	Plasmatauschversuch	460	26,81	4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86		
3900.H3 Ca 125		300	17,49	3949	Plasminogen	140	8,16	4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	1,75		
3901.H3 Ca 15-3		450	26,23	3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI)	410	23,90	4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83		
3902.H3 Ca 19-9		300	17,49	3950	Plättchenfaktor (3, 4), je Faktor	480	27,98	4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72		
3903.H3 Ca 50		450	26,23	3951	Protein C-Aktivität	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	3952	Protein C-Konzentration	450	26,23	4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63		
3905.H3 Carcinoembryonales Antigen (CEA)		250	14,57	3953	Protein S-Aktivität	450	26,23	4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26		
3906.H3 Cyfra 21-1		450	26,23	3954	Protein S-Konzentration	450	26,23	4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72		
3907.H3 Neuronenspezifische Enolase (NSE)		450	26,23	3955	Reptilasezeit	100	5,83	4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	268,12		
3908.H3 Prostataspezifisches Antigen (PSA)		300	17,49	3956	Ristocetin-Cofaktor	200	11,66	4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	134,06		
3909.H3 Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC)		450	26,23	3957	Thrombelastogramm	180	10,49	<i>Bei den Leistungen nach den Nrn. 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung</i>					
3910.H3 Thymidinkinase		450	26,23	3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex	480	27,98						
3911.H3 Tissue-polypeptide-Antigen (TPA)		450	26,23	3959	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83						
11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite				3960	Thromboplastinzeit (Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08						
3920	Isolierung humaner Nukleinsäuren	900	52,46	3961	Thrombozytenaggregationstest	900	52,46						
3921	Spaltung humaner Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74	3962	Thrombozytenausbreitung	60	3,50						
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	3963	Von Willebrand-Faktor (vWF)	480	27,98						
3923	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität	360	20,98						
3924	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung, je Sonde	300	17,49	3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration	260	15,15						
3925	Trennung humaner Nukleinsäurefragmente, Elektrophorese	600	34,97	3966	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97						
3926	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch			3967	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14						
				Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems				250	14,57				
				<i>Katalog</i>									
				3968	Komplementfaktor C3-Aktivität								
				3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion								
				3970	Komplementfaktor C4-Aktivität								
				3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion								
				13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System									
				3980	ABO-Merkmale	100	5,83						
				3981	ABO-Merkmale/Isoagglutinine	180	10,49						
				3982	ABO-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusfaktor	300	17,49						
				3983	ABO-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusformel	500	29,14						
				Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale									
				<i>Katalog</i>									
				3984	im NaCl-/Albumin-Milieu, je Merkmal	120	6,99						
				3985	im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	11,66						
				3986	im indirekten Coombstest (Kidd/Lutheran), je Merkmal	360	20,98						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
<b>14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren</b>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<b>Glukose/Wachstumshormon/ Insulin)</b>			
<b>Allgemeine Bestimmung</b>				4070	Thyreoglobulin, 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.				<b>Hormonbestimmung, Chromatographie/ Photometrie</b>				4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron)	700	40,80
<b>Hormonbestimmung, Ligandenassay</b>				<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	Metanephrine			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 Prolaktin)	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 Gaschromato- graphie-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	Seitengetrennte 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-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/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	<b>16. Porphyrine und ihre Vortäuf</b>			
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57	4120	Delta-Aminolaevulinsäure	570	33,22
<b>Hormonbestimmung, Ligandenassay</b>				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)				<b>15. Funktionsteste</b>				4125	Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material	570	33,22
4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)				<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				4126	Porphyrinprofil, Dünnschicht- chromatographie, je Material	460	26,81
4039 Östradiol				Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				<b>17. Spurenelemente, Vitamine</b>			
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
<b>Hormonbestimmung, Ligandenassay</b>				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	<b>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie</b>			
4047 Calcitonin				4099	Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4141	Vitamin A		
4048 cAMP				4100	Fraktionierte Magensekretions- analyse (Viermalige Titration HCl)	280	16,32	4142	Vitamin E		
4049 Corticotropin (ACTH)				4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung			<b>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie</b>			
4050 Erythropoetin								570	33,22		
4051 Gastrin											
4052 Glukagon											
4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauterigravidität											
4054 Osteocalcin											
4055 Oxytocin											
4056 Parathormon											
4057 Reninaktivität (PRA)											
4058 Reninkonzentration											
4060 Somatomedin											
4061 Vasopressin (Adiuretin, ADH)											
4062 Ähnliche Untersuchungen											
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>											
<b>Hormonbestimmung, Ligandenassay</b>											
Katalog											
4064 Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)											
4065 Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)											
4066 Pankreatisches Polypeptid (PP)											
4067 Parathyroid hormone related peptide											
4068 Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)											
4069 Ähnliche Untersuchungen											

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		
<b>18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen</b>								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							<b>Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz</b>			
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							<b>Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz</b>			
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							<b>Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz</b>			
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							<b>Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay</b>			
4195	Gold							<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4196	Quecksilber							4286	Borrelia burgdorferi	350	20,40
4197	Thallium							4287	Campylobacter		
4198	Ähnliche Untersuchungen							<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>								<b>Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion</b>			
Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung		360	20,98					<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
<i>Katalog</i>								4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)	230	13,41
4200	Antiepileptika							4236	Borrelia burgdorferi		
4201	Chinidin							4237	Brucellen		
4202	Ähnliche Untersuchungen							4238	Campylobacter		
								4239	Francisellen		
								4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ		
								4241	Leptospiren		
								<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
								<b>19. Antikörper gegen Bakterienantigene</b>			
								<b>Allgemeine Bestimmung</b>			
								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.			
								<b>Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion</b>			
								<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>			
								<b>Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion</b>			
								<i>Katalog Antikörper gegen</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>					
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				4716	Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium	120	6,99	<b>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung</b>					
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.				<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				250 14,57					
4665	Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz	250	14,57	4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium	120	6,99	<i>Katalog</i>					
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>				4753	Giemsafärbung				
4667	Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57	<i>c. Identifizierung/Charakterisierung</i>				4754	Ähnliche Untersuchungen				
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	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
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	200 11,66					
4671	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35	4722	Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung	120	6,99	250 14,57					
Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung				4723	Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	250 14,57					
<i>Katalog</i>				4724	Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	<i>b. Züchtung</i>					
4675	Adeno-Viren			<i>d. Empfindlichkeitstestung</i>				Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung					
4676	Influenza-Viren			4727	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99	<i>Katalog</i>					
4677	Parainfluenza-Viren			4728	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, Reiherverdünnungstest, je Test	250	14,57	250 14,57					
4678	Rota-Viren			<b>4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten</b>				4760 Amöben					
4679	Respiratory syncytial virus			<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung</i>				4761 Lamblien					
4680	Ähnliche Untersuchungen			<i>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung</i>				4762 Trichomonaden					
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Katalog</i>				4763 Ähnliche Untersuchungen					
<b>3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen</b>				<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				<i>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung</i>				<i>c. Identifizierung</i>					
Nachweis von Pilzantigenen, Agglutination, je Antiserum				120	6,99	<i>4765 Trichomonaden</i>				Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, nach Anzüchtung, je Untersuchung			
<i>Katalog</i>				<i>4766 Ähnliche Untersuchungen</i>				<i>Katalog</i>					
4705	Aspergillus			<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>				120 6,99					
4706	Candida			<b>5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</b>				250 14,57					
4707	Kryptokokkus neoformans			<i>d. Xenodiagnostische Untersuchungen</i>				Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung					
4708	Ähnliche Untersuchungen			<i>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung</i>				<i>Katalog</i>					
<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4740	Amöben			4770 Trypanosoma cruzi					
4710	Mikroskop. Pilz-Nachweis, je Material	80	4,66	4741	Lamblien			4771 Ähnliche Untersuchungen					
4711	Mikroskop. Pilz-Nachweis, nach Präparation/Anfärbung, je Material	120	6,99	4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)			<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4712	Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4743	Trichomonaden			<b>5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</b>					
4713	Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier			<b>Allgemeine Bestimmung</b>					
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4745	Ähnliche Untersuchungen			Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder					
<i>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung</i>				<i>Katalog</i>									
<i>Katalog</i>				4747	Amöben								
<i>4748 Lamblien</i>				<i>4749 Trichomonaden</i>									

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;"><b>O.</b> <b>STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRALENTHERAPIE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>I. Strahlendiagnostik</b></p> <p><b>Allgemeine Bestimmungen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.</li> <li>Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.</li> <li>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.</li> <li>Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>1. Skelett</b></p> <p><b>Allgemeine Bestimmung</b></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><b>Zähne</b></p> <p><b>5000 Röntgen, Zähne, je Projektion 50 2,91</b></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><b>5002 Panoramaaufnahme, Kiefer 250 14,57</b> <b>5004 Panoramaischichtaufnahme, Kiefer 400 23,31</b></p> <p><b>Röntgen, Finger/Zehen</b></p> <p><b>5010 jeweils zwei Ebenen 180 10,49</b> <b>5011 ergänzende Ebene(n) 60 3,50</b></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><b>Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe</b></p> <p><b>5020 jeweils zwei Ebenen 220 12,82</b> <b>5021 ergänzende Ebene(n) 80 4,66</b></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 Nukleinsäuren	900	52,46					<p><b>Röntgen, Arm-/Bein-/Becken-Teile, ganze(r) Hand/Fuß, Kreuzbein</b></p> <p><b>5030 jeweils zwei Ebenen 360 20,98</b> <b>5031 ergänzende Ebene(n) 100 5,83</b></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><b>5035 Röntgen, Skelett-Teile, je Teil 160 9,33</b></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><b>5037 Bestimmung des Skeletalters 300 17,49</b> <b>5040 Beckenübersicht 300 17,49</b> <b>5041 Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr 200 11,66</b> <b>5050 Kontrastuntersuchung, Hüfte/Knie/Schulter 950 55,37</b> <b>5060 Kontrastuntersuchung, Kiefer 500 29,14</b> <b>5070 Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk 400 23,31</b> <b>5090 Röntgen, Schädel 400 23,31</b> <b>5095 Röntgen, Schädelteile 200 11,66</b> <b>5098 Röntgen, Nasennebenhöhlen 260 15,15</b> <b>5100 Röntgen, HWS, zwei Ebenen 300 17,49</b> <b>5101 ergänzende Ebene(n) 160 9,33</b> <b>5105 Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil 400 23,31</b> <b>5106 ergänzende Ebene(n) 180 10,49</b> <b>5110 Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität 500 29,14</b> <b>5111 ergänzende Ebene(n) 200 11,66</b></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><b>5115 Röntgen, mit Feinstfokus-/Xero-radiographietechnik, Hand/Fuß, je Teil 400 23,31</b> <b>5120 Röntgen, Rippen/Schulterblatt/Bruststein, eine Ebene 260 15,15</b> <b>5121 ergänzende Ebene(n) 140 8,16</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2. Hals- und Brustorgane</b></p> <p><b>5130 Röntgen, Hals/Mundboden 280 16,32</b> <b>5135 Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene 280 16,32</b></p> <p>Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</p> <p><b>5137 Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen 450 26,23</b> <b>5139 Röntgen, Teil der Brustorgane 180 10,49</b></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><b>5140 Röntgen, Brustorgane im Mittelformat 100 5,83</b></p>							
4781	Spaltung mikrobieller Nukleinsäuren, 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 Nukleinsäuren, je Sonde	300	17,49												
4786	Trennung mikrobieller Nukleinsäuren, Elektrophorese	600	34,97												
4787	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, durch Sequenzermittlung	2000	116,57												
<b>N.</b> <b>HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK</b>															
<b>I. Histologie</b>															
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												
<b>II. Zytologie</b>															
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												
<b>III. Zyto-genetik</b>															
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	
<b>3. Bauch- und Verdauungsorgane</b>				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.				5317 <b>Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder 5316, je Serie</b> 400 23,31				
5150	Kontrastuntersuchung, Speiseröhre, als selbständige Leistung	550	32,06	5300	<b>Serienangiographie, Schädel/ Brust/Bauch, eine Serie</b>	2000	116,57	5318	<b>Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt</b>	600	34,97	
5157	Monokontrastuntersuchung, oberer Verdauungstrakt	700	40,80	5301	<b>Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5300, je Serie</b>	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 hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5301 berechnungsfähig.</i>				5324	<b>Koronarangiographie, ein Herzkranzgefäß, eine Serie</b>	2400	139,89	
5159	Zuschlag zu Nrn. 5157 und 5158 bei Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49	5302	<b>Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5300 und 5301, insgesamt</b>	600	34,97	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>				
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung	1300	75,77	5303	<b>Serienangiographie, Schädel/ Brust/Bauch, bei Nrn. 5315 bis 5327, eine Serie</b>	1000	58,29	5325	<b>Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie</b>	3000	174,86	
5165	Monokontrastuntersuchung, Dickdarm	700	40,80	5304	<b>Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5303, je Serie</b>	200	11,66	5326	<b>Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie</b>	400	23,31	
5166	Doppelkontrastuntersuchung, Dickdarm	1400	81,60	<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5304 berechnungsfähig.</i>				5327	<b>Linksventrikulographie bei Koronarangiographie</b>	1000	58,29	
5167	Defäkographie	1000	58,29	5305	<b>Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5303 und 5304, insgesamt</b>	300	17,49	<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>				
5168	Pharyngographie, einschließlich Speiseröhre	800	46,63	5306	<b>Serienangiographie, Becken/ beide Beine, eine Serie</b>	2000	116,57	5328	<b>Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik</b>	1200	69,94	
5169	Speiseröhre	1100	64,12	5307	<b>Zweite Serie im Anschluss an Nr. 5306</b>	600	34,97	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				
5170	Kontrastuntersuchung, Gallenblase/Gallenwege/Pankreasgänge	400	23,31	5308	<b>Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5306 und 5307, insgesamt</b>	800	46,63	5329	<b>Venographie, Brust/Bauch</b>	1600	93,26	
5190	Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene	300	17,49	<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 (Leistungen) nach den Nrn. 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				5330	<b>Venographie, Extremität</b>	750	43,72	
<i>Die Leistung nach Nr. 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				5309	<b>Serienangiographie, eine Extremität, eine Serie</b>	1800	104,92	5331	<b>Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt</b>	200	11,66	
5191	Röntgen, Bauchübersicht, zwei oder mehr Ebenen	500	29,14	5310	<b>Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5309, insgesamt</b>	600	34,97	5335	<b>Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung</b>	800	46,63	
5192	Röntgen, Bauchteilaufnahme	200	11,66	5311	<b>Serienangiographie, weitere Extremität, bei Nr. 5309, eine Serie</b>	1000	58,29	<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>				
5200	Kontrastuntersuchung, Harntrakt	600	34,97	5312	<b>Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5311, insgesamt</b>	600	34,97	5338	<b>Lymphographie, je Extremität</b>	1000	58,29	
5201	Ergänzende Ebene zur Nr. 5200	200	11,66	5313	<b>Angiographie mit Großkassetten, Becken/Bein, je Sitzung</b>	800	46,63	5339	<b>Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt</b>	250	14,57	
5220	Kontrastuntersuchung, Harntrakt retrograd, je Seite	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>				<b>6. Interventionelle Maßnahmen</b>				
5230	Urethrozystographie, retrograd	300	17,49	5315	<b>Angiokardiographie einseitig, eine Serie</b>	2200	128,23	<b>Allgemeine Bestimmung</b>				
5235	Refluxzystographie, retrograd, als selbständige Leistung	500	29,14	<i>Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.				
5250	Kontrastuntersuchung, Gebärmutter/Eileiter	400	23,31	5316	<b>Angiokardiographie beidseitig, eine Serie</b>	3000	174,86	5345	<b>Dilatation, Arterien</b>	2800	163,20	
<b>4. Spezialuntersuchungen</b>				<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>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
5260	Röntgen, Gänge/Hohlräume/ Fisteln	400	23,31	<i>Die Leistung nach Nr. 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>				<b>Allgemeine Bestimmung</b>				
5265	Mammographie einer Seite, eine Ebene	300	17,49	<i>Die Leistung nach Nr. 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.				
5266	Mammographie einer Seite, zwei Ebenen	450	26,23	<i>Die Leistung nach Nr. 5266 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				5345 <b>Dilatation, Arterien</b> 2800 163,20				
5267	Ergänzende Ebene zur Nr. 5266	150	8,74	<i>Die Leistung nach Nr. 5267 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
5280	Myelographie	750	43,72	<i>Die Leistung nach Nr. 5280 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
5285	Bronchographie	450	26,23	<i>Die Leistung nach Nr. 5285 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
5290	Tomographie, bis zu fünf Strahlenrichtungen, je Strahlenrichtung	650	37,89	<i>Die Leistung nach Nr. 5290 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
5295	Durchleuchtung, als selbständige Leistung	240	13,99	<i>Die Leistung nach Nr. 5295 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
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>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
<b>5. Angiographie</b>				<i>Die Leistung nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>				<i>Die Leistung nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>				



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	lungenuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.				Neben der Leistung nach Nr. 5444 ist die Leistung nach Nr. 5440 nicht berechnungsfähig.				<i>n. Ergänzungsleistungen</i>		
	<i>c. Lunge</i>				<i>h. Endokrine Organe</i>				<b>Allgemeine Bestimmung</b>		
5415	Szintigraphie, Lungenperfusion, insgesamt	1300	75,77	5450	Szintigraphie, endokrin aktives Gewebe	1000	58,29	5480	Bestimmung von Impulsen mittels Gammakamera	750	43,72
5416	Szintigraphie, Lungenbelüftung mit Inhalation	1300	75,77		Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.			5481	Sequenzszintigraphie	680	39,64
	<i>d. Herz</i>				Für die Leistung nach Nr. 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).			5483	Subtraktionsszintigraphie	680	39,64
5420	Radionuklidventrikulographie in Ruhe	1200	69,94		Die Leistung nach Nr. 5450 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.			5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen	1300	75,77
5421	Radionuklidventrikulographie in Ruhe und unter Stimulation	3800	221,49		<i>i. Gastrointestinaltrakt</i>			5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler	980	57,12
	Neben der Leistung nach Nr. 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nr. 5473 berechnungsfähig.			5455	Szintigraphie, Gastrointestinaltrakt	1300	75,77		<i>o. Emissions-Computer-Tomographie</i>		
5422	Szintigraphie, Myokard in Ruhe	1000	58,29	5456	Szintigraphie, Leber/Milz	1300	75,77	5486	SPECT	1200	69,94
	Die Leistungen nach den Nrn. 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.				<i>j. Hämatologie, Angiologie</i>			5487	SPECT, mit regionaler Quantifizierung	2000	116,57
5423	Szintigraphie, Myokard unter Stimulation	2000	116,57	5460	Szintigraphie, große Gefäße	900	52,46	5488	PET	6000	349,72
5424	Szintigraphie, Myokard in Ruhe und unter Stimulation	2800	163,20		Die Leistung nach Nr. 5460 ist neben der Leistung nach Nr. 5473 nicht berechnungsfähig.			5489	PET, mit quantifizierender Auswertung	7500	437,15
	Neben der Leistung nach Nr. 5424 sind die Leistungen nach den Nrn. 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.			5461	Szintigraphie, Lymphabflussgebiete	2200	128,23		<b>2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)</b>		
	<i>e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie</i>			5462	Lebenszeit/Kinetik, Blutzellen	2200	128,23	5600	Radiojodtherapie, Schilddrüse	2480	144,55
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie	2250	131,15	5463	Zuschlag zu Nr. 5462, bei Bestimmung des Abbaurots	500	29,14	5602	Radiophosphorthherapie, blutbildende Organe	1350	78,69
5426	Teilkörperskelettszintigraphie	1260	73,44		<b>Szintigraphische Suche Entzündungsherde/Thromben</b>			5603	Radiopharmazeutika-Behandlung, Knochenmetastasen	1080	62,95
5427	Zwei-Phasenszintigraphie des Blutpools	400	23,31	5465	eine Region	1260	73,44	5604	Radiopharmazeutika-Instillation in Körperhöhlen	2700	157,38
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie	2250	131,15	5466	Ganzkörper	2250	131,15	5605	Tumorbehandlung mit radioaktiven Substanzen	2250	131,15
	<i>f. Tumorszintigraphie</i>				Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.			5606	Bestimmung der Therapieradioaktivität	900	52,46
	<b>Tumorszintigraphie</b>				Für die Leistungen nach den Nrn. 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).				Die Leistung nach Nr. 5606 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
5430	eine Region	1200	69,94		<i>k. Resorptions- und Exkretionsteste</i>			5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen	1620	94,43
5431	Ganzkörper	2250	131,15	5470	Szintigraphie, Metabolismus von körpereigenen Stoffen	950	55,37		Die Leistung nach Nr. 5607 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
	Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.				<i>l. Sonstige</i>				<b>III. Magnetresonanztomographie</b>		
	Für die Leistung nach Nr. 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).			5472	Szintigraphie/Funktionsmessung ohne Gruppenzuordnung	950	55,37		<b>Allgemeine Bestimmungen</b>		
	Die Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			5473	Funktionsszintigraphie	900	52,46		Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.		
	<i>g. Nieren</i>				Die Leistung nach Nr. 5473 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5460 und 5481 nicht 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.		
5440	Nierenfunktionsszintigraphie	2800	163,20	5474	Nachweis inkorporierter Radionuklide	1350	78,69	5700	MRT, Kopf/Hals	4400	256,46
5441	Perfusionsszintigraphie, Nieren	1600	93,26		<i>m. Mineralgehalt</i>			5705	MRT, Wirbelsäule	4200	244,81
5442	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97	5475	Osteodensitometrie, Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	5715	MRT, Thorax/Hals/Aorta	4300	250,64
	Die Leistungen nach den Nrn. 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.							5720	MRT, Abdomen/Becken	4400	256,46
5443	Zusatzuntersuchung zu Nrn. 5440 oder 5441, mit Angabe der Indikation	700	40,80					5721	MRT, Mammale	4000	233,15
5444	Clearanceuntersuchungen, Nieren	1000	58,29					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	<b>Zuschlag zu Nrn. 5700 bis 5730 für Positions-/Spulenwechsel</b>	1000	58,29								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5733	<b>Zuschlag für computergesteuerte Analyse</b>	800	46,63								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5735	<b>Höchstwert für Nrn. 5700 bis 5730</b>	6000	349,72								
	<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>										
<b>IV. Strahlentherapie</b>											
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>											
<ol style="list-style-type: none"> <li>Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>											
<b>1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen</b>											
5800	<b>Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie</b>	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>										
<b>Orthovoltstrahlenbehandlung</b>											
5802	<b>Bestrahlung, je Fraktion</b>	200	11,66								
5803	<b>Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion</b>	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	<b>Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion</b>	1000	58,29								
5806	<b>Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion</b>	2000	116,57								
<b>2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung</b>											
5810	<b>Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie</b>	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	<b>Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion</b>	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	<b>Hochvoltstrahlenbehandlung, Hypophysentumor/endokrine Orbitopathie, je Fraktion</b>	900	52,46								
<b>3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)</b>											
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>											
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>											
5831	<b>Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie</b>	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	<b>Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnittszeichnung, je Bestrahlungsserie</b>	500	29,14								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5833	<b>Zuschlag zu Nr. 5831, Prozessrechner, je Bestrahlungsserie</b>	2000	116,57								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5834	<b>Bestrahlung mittels Telekobaltgerät, je Fraktion</b>	720	41,97								
5835	<b>Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion</b>	120	6,99								
5836	<b>Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion</b>	1000	58,29								
5837	<b>Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion</b>	120	6,99								
<b>4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden</b>											
<b>Allgemeine Bestimmungen</b>											
<p>Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.</p> <p>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.</p>											
5840	<b>Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie</b>	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	<b>Zuschlag zu Nr. 5840, Prozessrechner, je Bestrahlungsserie</b>	2000	116,57								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>										
5842	<b>Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion</b>	300	17,49								
5844	<b>Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion</b>	1000	58,29								
5846	<b>Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion</b>	2100	122,40								
<b>5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken</b>											
5851	<b>Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarkstransplantation</b>	6900	402,18								
	<i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>										
5852	<b>Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion</b>	1000	58,29								
5853	<b>Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion</b>	2000	116,57								
5854	<b>Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion</b>	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	<b>Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen</b>	6900	402,18								
<b>P. SEKTIONSLEISTUNGEN</b>											
6000	<b>Vollständige innere Leichenschau</b>	1710	99,67								
6001	<b>Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/umfangreich</b>	2300	134,06								
6002	<b>Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung</b>	3200	186,52								
6003	<b>Teilweise innere Leichenschau</b>	739	43,07								
6010	<b>Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche</b>	400	32,31								
6015	<b>Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau</b>	242	14,11								
6016	<b>Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau, je Knochen</b>	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

Glinkastraße 40 · 10117 Berlin

Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)