

Gebührenordnung für Ärzte GOÄ

Inhalt

Vorwort	7
Abrechnungs- und Datenschutzkodex des PVS Verbandes	9
1 Grundlagen der Zusammenarbeit	9
2 Die Zusammenarbeit von Arzt und PVS	9
2.1 Grundsätze	9
2.2 Besonderheiten im Krankenhausbereich	10
3 Krankenhausträger als Auftraggeber	10
4 Vernetzte Versorgungsstrukturen	10
5 Patient und PVS	10
6 Die Mitarbeiter in der PVS	11
7 Datenschutz und Schweigepflicht	11
Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ	13
§ 1 Anwendungsbereich	13
§ 2 Abweichende Vereinbarung	13
§ 3 Vergütungen	13
§ 4 Gebühren	14
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	14
§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen	15
§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung	15
§ 6 Gebühren für andere Leistungen	16
§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung	16
§ 7 Entschädigungen	16
§ 8 Wegegeld	16
§ 9 Reiseentschädigung	17
§ 10 Ersatz von Auslagen	17
§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger	18
§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung	18
Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen	19
A Gebühren in besonderen Fällen	21
B Grundleistungen und allgemeine Leistungen	23
I Allgemeine Beratungen und Untersuchungen	23
II Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8	26
III Spezielle Beratungen und Untersuchungen	27
IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz	31
V Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62	34
VI Berichte, Briefe	35
VII Todesfeststellung	36
C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	37

I	Anlegen von Verbänden	37
II	Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen	39
III	Punktionen	43
IV	Kontrastmitteleinbringungen	45
V	Impfungen und Testungen	47
VI	Sonographische Leistungen	49
VII	Intensivmedizinische und sonstige Leistungen	51
VIII	Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen	53
D	Anästhesieleistungen	57
E	Physikalisch–medizinische Leistungen	61
I	Inhalationen	61
II	Krankengymnastik und Übungsbehandlungen	61
III	Massagen	62
IV	Hydrotherapie und Packungen	63
V	Wärmebehandlung	63
VI	Elektrotherapie.	63
VII	Lichttherapie.	64
F	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie	67
G	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.	81
H	Geburtshilfe und Gynäkologie	87
I	Augenheilkunde	95
J	Hals–, Nasen–, Ohrenheilkunde	105
K	Urologie	117
L	Chirurgie, Orthopädie	127
I	Wundversorgung, Fremdkörperentfernung	127
II	Extremitätenchirurgie.	128
III	Gelenkchirurgie	131
IV	Gelenkluxationen	136
V	Knochenchirurgie	138
VI	Frakturbehandlung	141
VII	Chirurgie der Körperoberfläche.	143
VIII	Neurochirurgie	147
IX	Mund–, Kiefer– und Gesichtschirurgie.	152
X	Halschirurgie	155
XI	Gefäßchirurgie	156
XI.1	Allgemeine Verrichtungen	156
XI.2	Arterienchirurgie	157
XI.3	Venenchirurgie	158
XI.4	Sympathikuschirurgie	159
XII	Thoraxchirurgie	159
XIII	Herzchirurgie.	161

XIV	Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie	163
XV	Hernienchirurgie	168
XVI	Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen	169
M	Laboratoriumsuntersuchungen	171
I	Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis	172
II	Basislabor.	175
II.1	Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen	175
II.2	Elektrolyte, Wasserhaushalt	175
II.3	Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel	176
II.4	Proteine, Elektrophoreseverfahren	176
II.5	Substrate, Metabolite, Enzyme	177
II.6	Gerinnungssystem	178
II.7	Funktionsteste	178
II.8	Spurenelemente.	179
III	Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen	179
III.1	Ausscheidungen (Urin, Stuhl)	180
III.2	Sekrete, Liquor, Konkreme	180
III.3	Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen	181
III.4	Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten	183
III.5	Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel	183
III.6	Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren	184
III.7	Substrate, Metabolite, Enzyme	186
III.8	Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene.	188
III.9	Antikörper gegen körperfremde Antigene	192
III.10	Tumormarker	193
III.11	Nukleinsäuren und ihre Metabolite	194
III.12	Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem.	195
III.13	Blutgruppenmerkmale, HLA-System	197
III.14	Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren.	200
III.15	Funktionsteste	204
III.16	Porphyrine und ihre Vorläufer	206
III.17	Spurenelemente, Vitamine.	207
III.18	Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen	208
III.19	Antikörper gegen Bakterienantigene	211
III.20	Antikörper gegen Virusantigene.	216
III.21	Antikörper gegen Pilzantigene.	222
III.22	Antikörper gegen Parasitenantigene	223
IV	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern	226
IV.1	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien	227
IV.2	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren.	236
IV.3	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen	238
IV.4	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten	241
IV.5	Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten.	244
N	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	245
I	Histologie	245
II	Zytologie	246

III	Zytogenetik	246
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	249
I	Strahlendiagnostik	249
I.1	Skelett	249
I.2	Hals- und Brustorgane	252
I.3	Bauch- und Verdauungsorgane	252
I.4	Spezialuntersuchungen.	254
I.5	Angiographie	255
I.6	Interventionelle Maßnahmen	258
I.7	Computertomographie	261
II	Nuklearmedizin	263
II.1	Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)	264
II.2	Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)	272
III	Magnetresonanztomographie	272
IV	Strahlentherapie	274
IV.1	Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen	274
IV.2	Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung	275
IV.3	Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)	275
IV.4	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	276
IV.5	Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken	277
P	Sektionsleistungen	279
Anhang: Besondere Abrechnungsvereinbarungen		
	und gesetzliche Bestimmungen	281
1	Anwendungsbereich der GOÄ.	281
1.1	Keine Anwendung der GOÄ durch juristische Personen	281
1.2	GOÄ-Anwendung im Verhältnis zwischen Leistungsträgern	281
2	Ausnahme durch Bundesgesetzlichkeit	282
2.1	Ausnahme durch Verträge/Vereinbarungen	282
2.2	Ausnahme durch Vereinbarungen von Verbänden.	282
3	Übersicht anzuwendender Gesetze, Gebührenordnungen und Steigerungsfaktoren	282
3.1	Verbindlichkeit der Regelungen	283
4	Übersicht	284
Index.		295
Impressum		322

Vorwort

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist der Dreh- und Angelpunkt der Arbeit der Privatärztlichen Verrechnungsstellen. Im Auftrag ihrer Mitglieder erstellen sie auf der Basis dieses amtlichen Gebührenwerkes Honorarrechnungen für privatärztliche Leistungen. Die Idee zur Gründung von Verrechnungsstellen entstand bereits in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Ärzte schlossen sich in Vereinen zusammen, um ihren Arbeitsalltag um die zeitraubenden Tätigkeiten des Rechnungsschreibens, Mahnens und Verbuchens der Zahlungseingänge zu entlasten und sich intensiver ihren Patienten widmen zu können. Wenn sich auch das Dienstleistungsportfolio der Verrechnungsstellen im Laufe der Zeit immer weiter entwickelt hat, so ist im Kern doch heute alles wie in den Gründungstagen: die Privatärztlichen Verrechnungsstellen unterstützen als ärztliche Gemeinschaftseinrichtungen niedergelassene Ärzte und liquidationsberechtigte Ärzte in Krankenhäusern in allen Aspekten rund um die privatärztlichen Honorarabrechnung, deren Grundlage die jeweils geltende amtliche Gebührentaxe ist.

Was zunächst ein mehr oder minder unübersichtliches Regelwerk zu sein scheint, erweist sich auf den zweiten Blick als hohes Gut. Denn die Gebührenordnung erfüllt eine doppelte Schutzfunktion. Sie sorgt für einen fairen Interessenausgleich zwischen Patienten und Ärzten, indem sie die Patienten vor finanzieller Überforderung schützt und den Ärzten eine leistungsgerechte Vergütung sichert. Und sie bringt Transparenz in die medizinischen Behandlungsabläufe. Dort, wo die Geltung der amtlichen Gebührenordnung durch eine andere Gesetzgebung aufgehoben wird, geht diese Transparenz verloren. Besonders deutlich zu Tage tritt das im Bereich der vertragsärztlichen Leistungen. Wo aber keine Transparenz über Leistungen und Behandlungskosten besteht, fehlen wichtige Steuerungsmöglichkeiten und in letzter Konsequenz gefährdet das die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. So wertvoll die GOÄ ist, so unübersehbar ist auch, dass der Gesetzgeber seiner Verpflichtung, das Gebührenwerk aktuell zu halten, nicht nachkommt. Die heute gültige Gebührenordnung fußt im Wesentlichen noch immer auf der Fassung aus dem Jahr 1982. Sie ist nicht mehr in der Lage, den State of the Art der Medizin abzubilden. Der PVS Verband tritt deshalb auf politischer Ebene mit großem Nachdruck für den Erhalt und die Weiterentwicklung der amtlichen Gebührenordnung als verbindlicher Grundlage der Abrechnung ärztlicher Leistungen ein.

Zwar gilt grundsätzlich die Gebührenordnung für Ärzte für die Abrechnung ärztlicher Leistungen. Nach § 1 Abs. 1 der Gebührenordnung können aber abweichende gesetzliche Regelungen des Bundes die Gebührenordnung außer Kraft setzen. Das geschieht beispielsweise in den Sozialgesetzbüchern, dem Justiz-Vergütungs-Entscheidungs-Gesetz und dem Bundesversorgungsgesetz. Wir haben diese GOÄ-Ausgabe um eine Übersicht über die wichtigsten Ausnahmeregelungen ergänzt, damit Klarheit gewonnen wird, auf welcher gesetzlichen Grundlage die Behandlungsleistungen für die jeweiligen Patientengruppen abzurechnen sind.

Die Erstellung der Honorarrechnungen stellt hohe Anforderungen an den verantwortungsvollen Umgang mit den Patientendaten und die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Verrechnungsstellen. Die Bestimmungen des

Datenschutzes und der Schweigepflicht müssen mit größter Sorgfalt beachtet werden und die Vorschriften der Gebührenordnung müssen formal und korrekt auf dem aktuellen Stand der Gebührenordnungsauslegung abgebildet werden. Bereits 1992 haben sich die im PVS Verband zusammengeschlossenen Verrechnungsstellen deshalb in einem Abrechnungskodex auf verbindliche Grundregeln für ihre Arbeit verpflichtet. Inzwischen wurde der ursprüngliche Kodex um den Aspekt des Datenschutzes, der gerade vor dem Hintergrund der Digitalisierung der Abrechnungsprozesse immer mehr an Bedeutung gewinnt, erweitert. Damit Sie sich ein Bild von der Arbeitsweise der Privatärztlichen Verrechnungsstellen machen können, haben wir diesen Abrechnungs- und Datenschutzkodex der Gebührenordnung vorangestellt.

An dieser Stelle möchten wir den Mitgliedern des Ausschusses für Gebühren- und Vertragsrecht im PVS Verband unter der Leitung von Peter Gabriel sehr herzlich für ihre Unterstützung bei Ausarbeitung dieser PVS-eigenen Ausgabe der GOÄ danken. Und ganz herzlich danken möchten wir auch Dr. Bernhard Kleinken, PVS Consult, der die Übersicht über besondere Abrechnungsvereinbarungen und gesetzliche Bestimmungen für uns zusammengestellt hat.

Wir haben mit dieser Neuauflage der GOÄ unser Ziel erreicht, wenn sie sich als praktisches Nachschlagewerk zur schnellen Orientierung im Praxisalltag bewährt.

PVS Verband
Januar 2015

Abrechnungs- und Datenschutzkodex des PVS Verbandes

Grundsätze für die Tätigkeit der Privatärztlichen Verrechnungsstellen bei der Abrechnung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen

1 Grundlagen der Zusammenarbeit

Ärzte tragen eine besondere soziale Verantwortung. Bedingung dafür, Patienten helfen und heilen zu können, ist uneingeschränktes Vertrauen. Der Gesetzgeber schützt das besondere Verhältnis zwischen Arzt und Patient durch die Regeln der Schweigepflicht und des Datenschutzes. In ihrer Arbeit ist die PVS Mittler zwischen den Ärzten und ihren Patienten. Deshalb gilt auch für sie die besondere Verpflichtung zu verantwortungsbewusstem und vertrauenswürdigem Umgang mit den ihr anvertrauten Daten.

2 Die Zusammenarbeit von Arzt und PVS

2.1 Grundsätze

Im Auftrag des Arztes übernimmt die PVS die Abrechnung und den Einzug der Honoraransprüche für die privatärztlichen Leistungen. Die Rechnungsstellung geschieht auf der Basis der amtlichen Gebührenordnungen, den zwischen den Ärzten und Kostenträgern geschlossenen Verträgen und nach den Bestimmungen der ärztlichen Berufsordnung. Die PVS berät die Ärzte im Rahmen der Abrechnung bei allen anfallenden gebühren- und vertragsrechtlichen Fragen. Sie gibt auf Wunsch unterstützende Hinweise bei der Festlegung der Höhe der Gebühr im Rahmen des jeweils geltenden Gebührenrahmens. Die PVS trägt dazu bei, dass die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt und die Ärzte eine angemessene Vergütung erhalten.

Die eingereichten Abrechnungsdaten werden auf Vollständigkeit, Vereinbarkeit mit der Gebührenordnung und Plausibilität geprüft. Sofern ein Ermessensspielraum besteht, bestimmt allein der behandelnde Arzt die Gebühr der einzelnen Leistung.

Der Arzt behält über den gesamten Liquidationsprozess hinweg die uneingeschränkte Verfügungsgewalt über die Forderungen. Die PVS wird allein auf und nach den Weisungen des Arztes tätig.

Die PVS ist nur dann nicht an Weisungen des behandelnden Arztes gebunden, wenn hierdurch erkennbar und offensichtlich gegen einschlägige Bestimmungen des ärztlichen Gebühren- und Vertragsrechtes oder der ärztlichen Berufsordnung verstoßen wird. Sie wird in derartigen Fällen eine Abrechnung ablehnen.

2.2 Besonderheiten im Krankenhausbereich

Bei der Abrechnung von Leistungen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte sind über die gesetzlichen und die gebührenrechtlichen Bestimmungen hinaus die mit dem Krankenhaus geschlossenen Verträge zu berücksichtigen. Diese Verträge regeln die Höhe der Kostenerstattung an den Krankenhausträger, die Berechnung der Auslagen und die Höhe des Vorteilsausgleichs. Sie legen die Mitarbeiterbeteiligungen und die Zahlungen an den Mitarbeiter-Pool fest.

Die Ärzte können die PVS beauftragen, die ermittelten Beträge nach Einzug unmittelbar an die Empfänger abzuführen. Die PVS stellt hierbei die fristgerechte Auszahlung sicher. Die PVS garantiert, dass die zum Nachweis insbesondere der Berechnung der Abgaben an den Krankenhausträger anfallenden Unterlagen fristgerecht und vollständig erstellt werden.

3 Krankenhausträger als Auftraggeber

Die PVS arbeitet direkt mit den Krankenhausträgern zusammen, wenn eine gesetzliche oder vertragliche Regelung die Krankenhausträger ermächtigt, die Leistungen des behandelnden Arztes abzurechnen. Der behandelnde Arzt selbst bestimmt, welche Leistungen in welcher Höhe abgerechnet werden. Arzt und Krankenhausträger sind im Rahmen ihres Kompetenzbereiches gegenüber der PVS weisungsbefugt.

Der Krankenhausträger kann die PVS auch damit beauftragen, die Honorare nach Abzug der entstandenen Kosten direkt an die berechtigten Ärzte weiter zu leiten. Auf Wunsch berechnet die PVS Abgaben wie Kostenerstattung, Vorteilsausgleich und gegebenenfalls Mitarbeiterbeteiligungen.

4 Vernetzte Versorgungsstrukturen

Mit neuen Versorgungsformen, zum Beispiel in kooperativen Arbeitsformen und durch die Überwindung sektoraler Grenzen, entstehen neue Anforderungen an das Liquidationsgeschehen. Die PVS übernimmt die gesamte Leistungsabrechnung in Netzstrukturen. Die PVS fungiert als neutraler Mittler; gemeinschaftlich erwirtschaftete Erträge werden den Netzteilnehmern unter Berücksichtigung der Vorgaben und der tatsächlichen Kostenstrukturen angewiesen.

5 Patient und PVS

Die PVS erstellt auf der Grundlage der von den Ärzten weitergegebenen Daten mit der nötigen Sorgfalt und Transparenz umgehend eine nachvollziehbare Rechnung. Das gilt gleichermaßen für privatärztliche Leistungen wie für den Bereich der Selbstzahlermedizin.

Mit einer Rechnungsstellung, die den Anforderungen der amtlichen Gebührenordnungen entspricht, trägt die PVS wesentlich dazu bei, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu schützen. In Zweifelsfällen steht die PVS dem Patienten zu gebührenrechtlichen Fragen Rede und Antwort und ist auch so weit wie möglich Ansprechpartner für die Kostenträger. Die PVS ist Mittler zwischen Arzt, Patient und Kostenträger.

Zu jedem Zeitpunkt des Liquidationsverfahrens kann der Arzt individuelle Anweisungen zum Umgang mit seinen Honorarforderungen geben. Entscheidet der Arzt, Patienten Ratenzahlung oder Stundung zu gewähren oder auf seine Honorarforderung zu verzichten, setzt die PVS diese Anweisungen um. Tritt ein Patient mit dem Wunsch nach Ratenzahlung an die PVS heran, führt sie eine Lösung nach Rücksprache mit dem Arzt herbei.

6 Die Mitarbeiter in der PVS

Mit kontinuierlichen Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen zum ärztlichen Gebühren- und Berufsrecht stellen die PVS und der PVS Verband sicher, dass ihre Mitarbeiter fachlich immer auf dem neuesten Stand sind. Hierzu hat der PVS Verband einen Ausschuss als zentrale Anlaufstelle für alle sich im Zusammenhang mit der Privatliquidation ergebenden Fragen etabliert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verpflichten sich, die ärztliche Schweigepflicht zu beachten, kennen das Zeugnisverweigerungsrecht und die Anforderungen des Datenschutzes. Die PVS weist ihre Mitarbeiter schriftlich darauf hin, welche strafrechtlichen Konsequenzen drohen, wenn diese Bestimmungen verletzt werden.

7 Datenschutz und Schweigepflicht

Die PVS fertigt im ärztlichen Auftrag aus den Informationen über die ärztlich erbrachten Leistungen eine korrekte Abrechnung an, die den komplizierten und sich ändernden Vorschriften entspricht. Der Arzt verantwortet diese Abrechnung vor dem Patienten und dessen privaten oder gesetzlichen Kostenträgern. Auch im Fall einer Abtretung der Honorarforderung des Arztes an die PVS unterliegt die PVS der Weisung des Arztes. Voraussetzung für jede Weitergabe der zur Erstellung der Rechnung geeigneten und erforderlichen Informationen vom Arzt an die PVS ist entweder die informierte und freiwillige Einwilligung des Patienten, die der Schriftform bedarf, oder eine klare gesetzliche Vorschrift.

Alle Mitarbeiter der PVS und ihrer Unternehmen sind sich bewusst, dass sie mit sensiblen Patientendaten umgehen. Deshalb sind sie nach ihrem Berufsethos nichts anderes als Gehilfen des Arztes. Nicht nur alle für die Abrechnung relevanten Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten und die ihn betreffenden ärztlichen Diagnosen, sondern auch über die von den Ärzten verantwortete Behandlung bedürfen der strikten Vertraulichkeit. Die Daten von Patienten und Ärzten dürfen also keinem anderen Verwendungszweck als dem der konkreten Abrechnung zugeführt werden. Die Daten werden dem Arzt so früh wie möglich zurückgegeben oder in der PVS nach den gesetzlichen Vorschriften vernichtet, wenn sie nicht mehr benötigt werden.

Weil die Schweigepflicht der PVS der ärztlichen Schweigepflicht gleichrangig ist, hat der Gesetzgeber alle Mitarbeiter der PVS in § 203 Abs. 1 Nr. 6 Strafgesetzbuch unter eine besonders strenge gesetzliche Verpflichtung gestellt: Jeder von ihnen macht sich strafbar, wenn er die Daten unbefugt offenbart.

Die Entgegennahme der Daten und die elektronische Datenverarbeitung, alle Phasen und Formen des Umgangs mit personenbezogenen Daten entsprechen bei der PVS anerkannten Sicherheitsstandards. Alle Mitarbeiter der PVS werden auf ihr Berufsgeheimnis und den Datenschutz schriftlich verpflichtet und besonders geschult.

Die jeweils aktuelle Rechtsprechung, die allgemeinen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, der Sozialgesetzbücher, der Krankenhausgesetze und die speziellen für bestimmte Auftraggeber geltenden Normen sowie die Anordnungen der Datenschutzaufsichtsbehörde werden von der PVS bei der Datenverarbeitung strikt beachtet.

Der weisungsfreie Datenschutzbeauftragte der jeweiligen PVS und ihrer Einzelunternehmen steht jedem Betroffenen als Ansprechpartner – auch vertraulich – zur Verfügung. Die datenschutzrechtlichen Vorkehrungen und ihre Einhaltung unterliegen zudem einer regelmäßigen externen Revision.

Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ

vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522ff.)

zuletzt geändert durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626ff.)

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

§ 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 Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

§ 3 Vergütungen

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

§ 4 Gebühren

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis genannten ärztlichen Leistungen.
- (2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
2. Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
3. Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250 a, 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 11,4 Deutsche Pfennige (5,82873 Cent, Anm. d. Hrsg.). Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs (Cents, Anm. d. Hrsg.) unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.
- (3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.
- (4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.
- (5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

§5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

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

§5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung¹

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.

1. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in § 75 Abs. 3a SGB V die Gebühren im Standardtarif neu geregelt. Für Vertragsärzte und dem SGB V unterliegende Arztgruppen bzw. Leistungsbereiche gelten damit folgende GOÄ-Höchsätze für die Behandlung von Patienten im Standardtarif: für Leistungen des Abschnittes M und der Gebührenordnungsnummer 437 der 1,16-fache Satz, für Leistungen der Abschnitte A, E und O der 1,38-fache Satz und für die übrigen Leistungen der 1,8-fache Satz. Aufgrund einer Vereinbarung zwischen KBV und dem PKV-Verband im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern sind zum 1. April 2010 gesonderte Steigerungssätze für die Behandlung von Patienten im Basistarif vereinbart worden (vgl. S. 285).

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

§6a Gebühren bei stationärer Behandlung

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

§ 7 Entschädigungen

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

§ 8 Wegegeld

- (1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von
 1. bis zu zwei Kilometern 7,– Deutsche Mark · · · 3,58 Euro*
bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 14,– Deutsche Mark · · · 7,16 Euro*
 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern . . . · 13,– Deutsche Mark · · · 6,65 Euro*
bei Nacht 20,– Deutsche Mark · · · 10,23 Euro*
 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern . . . · 20,– Deutsche Mark · · · 10,23 Euro*
bei Nacht · 30,– Deutsche Mark · · · 15,34 Euro*
 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern . . . · 30,– Deutsche Mark · · · 15,34 Euro*
bei Nacht · 50,– Deutsche Mark · · · 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 Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

² Durch die Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 ist diese Gebührenordnung novelliert worden (BGBl. Teil I, Nr. 66, S. 2661ff.).

*Einfügung des Bearbeiters anlässlich der Euro-Einführung

§ 9 Reiseentschädigung

- (1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.
- (2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt
 1. 50 Deutsche Pfennige (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 100,- Deutsche Mark (51,13 Euro*), bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,- Deutsche Mark (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.
 5. Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.
- (2) Nicht berechnet werden können die Kosten für
 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
 5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.
- (3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus 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

*Einfügung des Bearbeiters anlässlich der Euro-Einführung

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

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.
- (2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:
 1. das Datum der Erbringung der Leistung,
 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 3. bei Gebühren für vollstationäre, 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 50,- Deutsche Mark (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 Nummer 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 Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
- (5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

* Einfügung des Bearbeiters anlässlich der Euro-Einführung

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

A Gebühren in besonderen Fällen

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

B Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66	10,72	16,32
2*	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes	30	1,75	3,15	4,37

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

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher	150	8,74	20,11	30,60
Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.					
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken	220	12,82	29,49	44,88
Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.					
Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.					
5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66	10,72	16,32
Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.					
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	100	5,83	13,41	20,40
Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:					
→ bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;					
→ bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;					
→ bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;					
→ bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;					

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
	→ bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.				
	Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33	21,45	32,64
	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere: → bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel; → bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe; → bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung; → bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; → bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.				
	Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				
8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	260	15,15	34,86	53,04
	Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.				
	Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.				

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
11	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	60	3,50	8,04	12,24
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	17,49	40,22	61,20

Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

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

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	4,08	–	–
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	10,49	–	–
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	320	18,65	–	–

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.

Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	220	12,82	–	–
<i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
<i>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.</i>					
<i>Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>					
K 1	Zuschlag zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99	–	–

B

III Spezielle Beratungen und Untersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)	120	6,99	16,09	24,48
<i>Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>					
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	20,98	48,26	73,44
<i>Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>					
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft – auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch	300	17,49	40,22	61,20

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
<i>Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>					
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins – einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung	300	17,49	40,22	61,20
<i>Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</i>					
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf – einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken	200	11,66	26,81	40,80
<i>Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>					
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en)	200	11,66	26,81	40,80
<i>Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>					
26	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en)	450	26,23	60,33	91,80
<i>Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>					
27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung	320	18,65	42,90	65,28
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
<i>Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>					
28	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung	280	16,32	37,54	57,12
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>					
29	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung	440	25,65	58,99	89,76
<i>Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>					
30	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen	900	52,46	120,65	183,60
<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 Nummer 30 bis entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
31	Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittel-homöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen	450	26,23	60,33	91,80

Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.

32	Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung – einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung –; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)	400	23,31	53,62	81,60
----	--	-----	-------	-------	-------

33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens	300	17,49	40,22	61,20
----	---	-----	-------	-------	-------

Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.

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

34	Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen	300	17,49	40,22	61,20
----	--	-----	-------	-------	-------

Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
-----	----------	-----------	-------------	---------------	---------------

Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.

B

IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08	9,38	14,28

Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.

Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.

Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.

Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.

46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91	6,70	10,20
----	----------------------------	----	------	------	-------

Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.

Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.

Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden.

Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
48	Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) – bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten	120	6,99	16,09	24,48
<i>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>					
50	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung	320	18,65	42,90	65,28
<i>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>					
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung	250	14,57	33,52	51,00
<i>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>					
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)	100	5,83	–	–
<i>Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i>					
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung – gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme	500	29,14	67,03	102,00
<i>Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
56*	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde	180	10,49	18,89	26,23
Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.					
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99	16,09	24,48
Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.					
Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.					
Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).					
61	Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde	130	7,58	17,43	26,52
Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.					
Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.					
Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.					
62	Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistung oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74	20,11	30,60

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

* Reduzierter Gebührenrahmen

V Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung	160	9,33	–	–
Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.					
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	260	15,15	–	–
Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.					
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	450	26,23	–	–
Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.					
Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.					
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	340	19,82	–	–
Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.					
Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.					
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	4,66	–	–

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99	–	–

B

VI Berichte, Briefe

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33	5,36	8,16
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	7,58	17,43	26,52
<i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>					
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	4,08	9,38	14,28
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	8,74	20,11	30,60
<i>Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>					
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	10,49	24,13	36,72
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	40,22	61,20
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	67,03	102,00
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	6,99	16,09	24,48
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50	–	–
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17	–	–

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
-----	----------	-----------	-------------	---------------	---------------

Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

VII Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
100	Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauzeichens	250	14,57	33,52	51,00
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	8,74	20,11	30,60
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	14,57	33,52	51,00
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	13,41	30,83	46,92
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	12,82	29,49	44,88

C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62	6,03	9,18
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband	65	3,79	8,71	13,26
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54	12,74	19,38
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	4,08	9,38	14,28
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband	100	5,83	13,41	20,40
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	1,75	4,02	6,12
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	150	8,74	20,11	30,60
210	Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen	75	4,37	10,05	15,30
211	Kleiner Schienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	60	3,50	8,04	12,24

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen	160	9,33	21,45	32,64
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	100	5,83	13,41	20,40
214	Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation	240	13,99	32,17	48,96
217	Streckverband	230	13,41	30,83	46,92
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	38,47	88,48	134,64
225	Gipsfingerling	70	4,08	9,38	14,28
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49	40,22	61,20
228	Gipsschienenverband oder Gipsantoffel	190	11,07	25,47	38,76
229	Gipsschienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	130	7,58	17,43	26,52
230	Zirkulärer Gipsverband – gegebenenfalls als Gipstutor	300	17,49	40,22	61,20
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	360	20,98	48,26	73,44
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	25,06	57,65	87,72
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel	750	43,72	100,55	153,00
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	54,79	126,02	191,77
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	21,57	49,60	75,48
238	Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	200	11,66	26,81	40,80

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	43,72	100,55	153,00
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	940	54,79	126,02	191,77
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	6,41	14,75	22,44
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbandes	150	8,74	20,11	30,60
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	6,41	14,75	22,44

C

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

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
250*	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	2,33	4,20	5,83
250 a*	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	2,33	4,20	5,83
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	3,50	8,04	12,24
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	2,33	5,36	8,16

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
253	Injektion, intravenös	70	4,08	9,38	14,28
254	Injektion, intraarteriell	80	4,66	10,72	16,32
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	5,54	12,74	19,38
256	Injektion in den Periduralraum	185	10,78	24,80	37,74
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	23,31	53,62	81,60
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter	180	10,49	24,13	36,72
259	Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs	600	34,97	80,44	122,40
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation	200	11,66	26,81	40,80
<i>Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i>					
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	1,75	4,02	6,12
<i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>					
<i>Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>					
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	26,23	60,33	91,80
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	5,25	12,07	18,36
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	6,99	16,09	24,48
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	3,50	8,04	12,24
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	5,25	12,07	18,36
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	3,50	8,04	12,24

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	4,66	10,72	16,32
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	7,58	17,43	26,52
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	11,66	26,81	40,80
269 a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	20,40	46,92	71,40
<i>Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i>					
270	Infusion, subkutan	80	4,66	10,72	16,32
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99	16,09	24,48
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	10,49	24,13	36,72
273	Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene –, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	10,49	24,13	36,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>					
<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>					
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung	320	18,65	42,90	65,28
<i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>					
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	20,98	48,26	73,44
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	31,48	72,39	110,16
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	10,49	24,13	36,72

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	13,99	32,17	48,96
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49	24,13	36,72
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer	330	19,23	44,24	67,32
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i>					
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer	450	26,23	60,33	91,80
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.</i>					
282	Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer	150	8,74	20,11	30,60
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.</i>					
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter – einschließlich der Anlage des Katheters	500	29,14	67,03	102,00
284	Eigenbluteinspritzung – einschließlich Blutentnahme	90	5,25	12,07	18,36
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband	110	6,41	14,75	22,44
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test)	220	12,82	29,49	44,88

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
286 a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test)	100	5,83	13,41	20,40
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	800	46,63	107,25	163,20
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve – gegebenenfalls einschließlich Konservierung	230	13,41	30,83	46,92
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion – einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei + 2 °C bis + 6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei –30 °C oder darunter	350	20,40	46,92	71,40
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99	16,09	24,48
291	Implantation von Hormonpreßlingen	70	4,08	9,38	14,28
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung	45	2,62	6,03	9,18
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung	40	2,33	5,36	8,16

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

III Punktionen

Allgemeine Bestimmung

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
300	Punktion eines Gelenks	120	6,99	16,09	24,48
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	9,33	21,45	32,64
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	14,57	33,52	51,00
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	4,66	10,72	16,32
304	Punktion der Augenhöhle	160	9,33	21,45	32,64
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	350	20,40	46,92	71,40
305 a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	14,57	33,52	51,00
306	Punktion der Lunge – auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge – oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	500	29,14	67,03	102,00
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	14,57	33,52	51,00
308	Gewebeentnahme aus der Pleura – gegebenenfalls einschließlich Punktion	350	20,40	46,92	71,40
310	Punktion des Herzbeutels	350	20,40	46,92	71,40
311	Punktion des Knochenmarks – auch Sternalpunktion	200	11,66	26,81	40,80
312	Knochenstanze – gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark	300	17,49	40,22	61,20
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	6,99	16,09	24,48
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	14,57	33,52	51,00
316	Punktion des Douglasraums	250	14,57	33,52	51,00
317	Punktion eines Adnextumors – auch einschließlich Douglaspunktion	350	20,40	46,92	71,40
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	6,99	16,09	24,48
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	11,66	26,81	40,80

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters – gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation	50	2,91	6,70	10,20

IV Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	23,31	53,62	81,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	5,83	13,41	20,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	7,58	17,43	26,52
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	17,49	40,22	61,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346	150	8,74	20,11	30,60
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	8,74	20,11	30,60
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14	67,03	102,00

Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	600	34,97	80,44	122,40

Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.

Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	400	23,31	53,62	81,60
------------	--	-----	-------	-------	-------

Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.

Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta – einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	500	29,14	67,03	102,00
------------	--	-----	-------	-------	--------

Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	1000	58,29	134,06	204,01
------------	---	------	-------	--------	--------

Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.

Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes – im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360	600	34,97	80,44	122,40
<i>Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>					
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31	53,62	81,60
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	23,31	53,62	81,60
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – gegebenenfalls intraoperativ	200	11,66	26,81	40,80
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	16,32	37,54	57,12
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	14,57	33,52	51,00
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	8,74	20,11	30,60

C

V Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) – gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß	80	4,66	10,72	16,32

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
376	Schutzimpfung (oral) – einschließlich beraten- dem Gespräch	80	4,66	10,72	16,32
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91	6,70	10,20
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	120	6,99	16,09	24,48
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behand- lungsfall)	30	1,75	4,02	6,12
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behand- lungsfall)	20	1,17	2,68	4,08
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behand- lungsfall)	15	0,87	2,01	3,06
<i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>					
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	30	1,75	4,02	6,12
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	40	2,33	5,36	8,16
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungs- fall)	45	2,62	6,03	9,18
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungs- fall)	30	1,75	4,02	6,12
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behand- lungsfall)	20	1,17	2,68	4,08
<i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>					
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04	4,69	7,14
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46	3,35	5,10
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behand- lungsfall)	60	3,50	8,04	12,24
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33	5,36	8,16
<i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>					
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provo- kationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppen- extrakt, je Test	100	5,83	13,41	20,40

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	300	17,49	40,22	61,20
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	16,32	37,54	57,12
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	32,64	75,07	114,24
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15	50,94	77,52
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	44,30	101,89	155,04
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen	200	11,66	26,81	40,80

C

VI Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

schiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenfalls einschließlich Farbkodierung	400	23,31	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>					
402*	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	14,57	26,23	36,43
<i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>					
403*	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	150	8,74	15,74	21,86
<i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>					
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation	250	14,57	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>					
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler	200	11,66	–	–
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung	200	11,66	–	–
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	11,66	26,81	40,80
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66	26,81	40,80
<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32	37,54	57,12

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32	37,54	57,12
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterchaftsvorsorge – gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung	300	17,49	40,22	61,20
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	12,24	28,15	42,84
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten	210	12,24	28,15	42,84
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistung nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	4,66	10,72	16,32

Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.

Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.

422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle	200	11,66	26,81	40,80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 422	500	29,14	67,03	102,00
424	Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren)	700	40,80	93,84	142,80

VII Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	150	8,74	20,11	30,60

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Be- atmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	12,82	29,49	44,88
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>					
429	Wiederbelebungsversuch – einschließlich künst- licher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation	400	23,31	53,62	81,60
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder –Stimulation des Herzens	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>					
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	5,83	13,41	20,40
433	Ausspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spü- lung des Duodenums	140	8,16	18,77	28,56
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Ge- räteausrüstung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist –, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46	120,65	183,60
<i>Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M, sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286 a, 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.</i>					
<i>Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.</i>					
<i>Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.</i>					
<i>Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
437*	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer	500	29,14	33,52	37,89

Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) – nicht berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührenrahmen wie Kap. M

C

VIII Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.
Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers, im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.
- Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
 - nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
 - nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
 - nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,
 - nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
 - nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K
 - oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis

2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.

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

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

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen	400	23,31
<i>Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>			
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung		
<i>Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132,- Deutsche Mark (67,49 Euro*)</i>			
* Einfügung des Herausgebers anlässlich der Euro-Einführung			
<i>Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig</i>			
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	23,31

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>		
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	43,72
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>		
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>		
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>		
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind	300	17,49
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</i>		
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind	650	37,89
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</i>		
448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	600	34,97
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.</i>		

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	900	52,46

Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1–8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.

D Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
450	Rauschnarkose – auch mit Lachgas	76	4,43	10,19	15,50
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	16,22	24,68
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07	25,47	38,76
453	Vollnarkose	210	12,24	28,15	42,84
460	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, bis zu einer Stunde	404	23,55	54,16	82,42
461	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77	27,08	41,21
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73	68,37	104,04
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28	46,65	70,99
469	Kaudalanästhesie	250	14,57	33,52	51,00
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	400	23,31	53,62	81,60
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer	600	34,97	80,44	122,40
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer	800	46,63	107,25	163,20

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
473	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer	600	34,97	80,44	122,40
474	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer	900	52,46	120,65	183,60
475	Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag	450	26,23	60,33	91,80
476	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	380	22,15	50,94	77,52
477	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07	25,47	38,76
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	230	13,41	30,83	46,92
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,70	15,42	23,46
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	222	12,94	29,76	45,29
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose	475	27,69	63,68	96,90
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte – gegebenfalls einschließlich des Rachens –, auch beidseitig	46	2,68	6,17	9,38
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	46	2,68	6,17	9,38
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	46	2,68	6,17	9,38
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	46	2,68	6,17	9,38
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – gegebenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens	145	8,45	19,44	29,58

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	61	3,56	8,18	12,44
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch – Parazervikalanästhesie	121	7,05	16,22	24,68
493	Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst	61	3,56	8,18	12,44
494	Leitungsanästhesie, endoneural – auch Pudendusanästhesie	121	7,05	16,22	24,68
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05	16,22	24,68
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	220	12,82	29,49	44,88
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	300	17,49	40,22	61,20

E Physikalisch–medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I Inhalationen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
500*	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschall–vernebelung	38	2,21	3,99	5,54
501*	Inhalationstherapie mit intermittierender Über–druckbeatmung (z. B. Bird–Respirator)	86	5,01	9,02	12,53

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

II Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
505*	Atmungsbehandlung – einschließlich aller unter–stützenden Maßnahmen	85	4,95	8,92	12,39
506*	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n)	120	6,99	12,59	17,49
507*	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzel–behandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n)	80	4,66	8,39	11,66
508*	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41	11,54	16,03
509*	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) – auch im Bewegungsbad –, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	38	2,21	3,99	5,54
510*	Übungsbehandlung, auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung	70	4,08	7,34	10,20

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
<i>Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.</i>					
514*	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	105	6,12	11,02	15,30
515*	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	38	2,21	3,99	5,54
516*	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensi-onstisch, Perlgerät	65	3,79	6,82	9,47
518*	Prothesengebrauchsschulung des Patienten – gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson –, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49

III Massagen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
520*	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	45	2,62	4,72	6,56
521*	Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung	65	3,79	6,82	9,47
523*	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	65	3,79	6,82	9,47
525*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	35	2,04	3,67	5,10
526*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	55	3,21	5,77	8,01
527*	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	94	5,48	9,86	13,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV Hydrotherapie und Packungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
530*	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04	3,67	5,10
531*	Leitung eines ansteigenden Teilbades	46	2,68	4,83	6,70
532*	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	76	4,43	7,97	11,07
533*	Subaquales Darmbad	150	8,74	15,74	21,86

V Wärmebehandlung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
535*	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	33	1,92	3,46	4,81
536*	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine)	51	2,97	5,35	7,43
538*	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	4,20	5,83
539*	Ultraschallbehandlung	44	2,56	4,62	6,41

VI Elektrotherapie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
548*	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	37	2,16	3,88	5,39
549*	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	55	3,21	5,77	8,01

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
551*	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) – auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden	48	2,80	5,04	6,99
<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nummern 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>					
552*	Iontophorese	44	2,56	4,62	6,41
553*	Vierzellenbad	46	2,68	4,83	6,70
554*	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	91	5,30	9,55	13,26
555*	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49
558*	Apparative isokinetische Muskelfunktions-therapie, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49

VII Lichttherapie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
560*	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	31	1,81	3,25	4,52
<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.</i>					
561*	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	31	1,81	3,25	4,52
562*	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	46	2,68	4,83	6,70
<i>Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
563*	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	46	2,68	4,83	6,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
564*	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	91	5,30	9,55	13,26
565*	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49
566*	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	500	29,14	52,46	72,86
567*	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30	9,55	13,26
569*	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75	3,15	4,37

* Reduzierter Gebührenrahmen

F Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	73	4,25	9,79	14,89
601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56	5,90	8,98
602*	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86	15,95	22,15
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode – gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung	90	5,25	12,07	18,36
<i>Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.</i>					
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen – gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung	160	9,33	21,45	32,64
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
<i>Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>					
605*	Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	242	14,11	25,39	35,26
605 a*	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spiographischen Untersuchungen – einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation	140	8,16	14,69	20,40
606*	Spiroergometrische Untersuchung – einschließlich vorausgegangener Ruhe-spirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie	379	22,09	39,76	55,23
607*	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasemethode)	242	14,11	25,39	35,26

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
608*	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung (z.B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoß-test), insgesamt	76	4,43	7,97	11,07
609*	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	182	10,61	19,09	26,52
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
610*	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) – gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung	605	35,26	63,47	88,16
<i>Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>					
611*	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) – einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters	605	35,26	63,47	88,16
612*	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	757	44,12	79,42	110,31
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>					
614*	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartial-drucks	150	8,74	15,74	21,86
615*	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	227	13,23	23,82	33,08
616*	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung	303	17,66	31,79	44,15
<i>Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.</i>					
617*	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	341	19,88	35,78	49,69
620*	Rheographische Untersuchung der Extremitäten	152	8,86	15,95	22,15

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
621*	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	127	7,40	13,32	18,51
622*	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61	19,09	26,52
623*	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen	140	8,16	14,69	20,40
Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.					
624*	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung	330	19,23	34,62	48,09
Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.					
626	Rechtsherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	1000	58,29	134,06	204,01
Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.					
Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.					
627	Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	1500	87,43	201,09	306,01
Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.					
Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.					
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen – einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	800	46,63	107,25	163,20
Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.					
Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.					

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	2000	116,57	268,12	408,01
<i>Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle	908	52,92	121,73	185,24
<i>Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.</i>					
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers – einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle	1110	64,70	148,81	226,45
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle, gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle	1210	70,53	162,21	246,85
<i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					
634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	16,09	24,48
635*	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	227	13,23	23,82	33,08
636*	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen)	379	22,09	39,76	55,23
637*	Pulswellenlaufzeitbestimmung – gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung	227	13,23	23,82	33,08

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
638*	Punktueller Arterien- und/oder Venenpulsschreibung	121	7,05	12,69	17,63
639*	Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographische Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes)	454	26,46	47,63	66,16
640*	Phlebodynamometrie	650	37,89	68,20	94,72
641*	Venenverschuß-plethysmographische Untersuchung	413	24,07	43,33	60,18
642*	Venenverschuß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	32,29	58,12	80,73
643*	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	120	6,99	12,59	17,49
644*	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung	180	10,49	18,89	26,23
645*	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitararterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung	650	37,89	68,20	94,72
646*	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisierung sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	605	35,26	63,47	88,16
647*	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden – einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz	220	12,82	23,08	32,06
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung – einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle	605	35,26	81,11	123,42

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung – einschließlich graphischer Registrierung	650	37,89	87,14	132,60
650*	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – gegebenenfalls als Notfall-EKG	152	8,86	15,95	22,15
651*	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe – auch gegebenenfalls nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	26,54	36,87
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) – gegebenenfalls auch Belastungsänderung	445	25,94	59,66	90,78
653*	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege	253	14,75	26,54	36,87
<i>Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
654*	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung	150	8,74	15,74	21,86
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung – einschließlich Einführen der Elektrode – zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	152	8,86	20,38	31,01
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hischen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	1820	106,08	243,99	371,29
657*	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75	26,54	36,87
659*	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung –, mit Auswertung	400	23,31	41,97	58,29

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
660*	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen – einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66	31,79	44,15
661*	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers – gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89	55,61	77,23
665*	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparat ohne Kohlensäurebestimmung	121	7,05	12,69	17,63
666*	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparat mit Kohlensäurebestimmung	227	13,23	23,82	33,08
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	212	12,36	28,42	43,25
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	120	6,99	16,09	24,48
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes – auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit	120	6,99	16,09	24,48
672	Ausheberung des Duodenalsaftes – auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert	120	6,99	16,09	24,48
674	Anlage eines Pneumothorax – gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung	370	21,57	49,60	75,48
675	Pneumothoraxfüllung – gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung	275	16,03	36,87	56,10
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen	800	46,63	107,25	163,20
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	600	34,97	80,44	122,40
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) – gegebenenfalls einschließlich Lavage	900	52,46	120,65	183,60

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
679	Mediastinoskopie – gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion	1100	64,12	147,47	224,41
680	Ösophagoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	550	32,06	73,73	112,20
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	825	48,09	110,60	168,30
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	850	49,54	113,95	173,40
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	1000	58,29	134,06	204,01
684	Bulboskopie – gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion	1200	69,94	160,87	244,81
685	Duodeno-/Jejunoskopie – gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion	1350	78,69	180,98	275,41
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	1500	87,43	201,09	306,01
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	1500	87,43	201,09	306,01
688	Partielle Koloskopie – gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion	900	52,46	120,65	183,60
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	700	40,80	93,84	142,80
690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	350	20,40	46,92	71,40

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	1400	81,60	187,69	285,61
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung	1900	110,75	254,72	387,61
692 a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang – zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692	400	23,31	53,62	81,60
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus – einschließlich Sondeneinführung	300	17,49	40,22	61,20
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	500	29,14	67,03	102,00
695	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31	53,62	81,60
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu Nummer 690	200	11,66	26,81	40,80
697	Saugbiopsie des Dünndarms – gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion	400	23,31	53,62	81,60
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	200	11,66	26,81	40,80
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	120	6,99	16,09	24,48
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	800	46,63	107,25	163,20
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	1050	61,20	140,76	214,21

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	500	29,14	67,03	102,00
705	Proktoskopie	152	8,86	20,38	31,01
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97	80,44	122,40
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichtes und der Statomotorik	180	10,49	24,13	36,72
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes	220	12,82	29,49	44,88
<i>Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>					
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z. B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	69	4,02	9,25	14,08
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	110	6,41	14,75	22,44
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung	251	14,63	33,65	51,21
<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>					
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	251	14,63	33,65	51,21
725*	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung – gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson –, Dauer mindestens 45 Minuten	300	17,49	31,48	43,72

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.					
726*	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen – einschließlich aller dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmer Schlaf – als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	300	17,49	31,48	43,72
Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.					
Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.					
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14	9,52	14,48
741	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,50
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaftem Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	165	9,62	22,12	33,66
743	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	75	4,37	10,05	15,30
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	4,66	10,72	16,32
745	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	46	2,68	6,17	9,38
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	46	2,68	6,17	9,38
747	Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	44	2,56	5,90	8,98
748	Hautdrainage	76	4,43	10,19	15,50
750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	120	6,99	16,09	24,48
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung – einschließlich Stimulation der Schweißsekretion	150	8,74	20,11	30,60

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
755	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	240	13,99	32,17	48,96
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen	121	7,05	16,22	24,68
757	Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen	150	8,74	20,11	30,60
758	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	75	4,37	10,05	15,30
759*	Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	76	4,43	7,97	11,07
760*	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	121	7,05	12,69	17,63
761*	UV-Erythemschwellenwertbestimmung – einschließlich Nachschau	76	4,43	7,97	11,07
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	130	7,58	17,43	26,52
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen – gegebenenfalls einschließlich Naht	148	8,63	19,84	30,19
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	190	11,07	25,47	38,76
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	280	16,32	37,54	57,12
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung	225	13,11	30,16	45,90
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	50	2,91	6,70	10,20
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	140	8,16	18,77	28,56
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	242	14,11	32,44	49,37
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,50
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe – einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen	275	16,03	36,87	56,10

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Spülung	330	19,23	44,24	67,32
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	55	3,21	7,37	11,22
790	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse	500	29,14	67,03	102,00
791	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse	320	18,65	42,90	65,28
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) – auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese –, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65	58,99	89,76
793	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag	115	6,70	15,42	23,46

Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten.

Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.

Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.

G Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
800	Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes	195	11,37	26,14	39,78
<i>Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>					
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson	250	14,57	33,52	51,00
<i>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>					
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration	150	8,74	20,11	30,60
806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – gegebenenfalls unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten –, Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57	33,52	51,00
807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>					
808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie – einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	400	23,31	53,62	81,60
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	500	29,14	67,03	102,00

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfall- kranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung – gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen	180	10,49	24,13	36,72
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugs- person psychisch gestörter Kinder oder Jugendli- cher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	180	10,49	24,13	36,72
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnner- ven, als selbständige Leistung	83	4,84	11,13	16,93
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Ko- ordinationsprüfung – gegebenenfalls einschließ- lich kalorisch-otologischer Prüfung	99	5,77	13,27	20,20
<i>Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.</i>					
827	Elektroenzephalographische Untersuchung – auch mit Standardprovokationen	605	35,26	81,11	123,42
827 a	Langzeit-elektroenzephalographische Unter- suchung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung	950	55,37	127,36	193,81
828	Messung visuell, akustisch oder somatosenso- risch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)	605	35,26	81,11	123,42
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächen- elektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie	160	9,33	21,45	32,64
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen	80	4,66	10,72	16,32
831	Vegetative Funktionsdiagnostik – auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen	80	4,66	10,72	16,32
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Fara- disation und/oder Galvanisation	158	9,21	21,18	32,23
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überfüh- rung in die Klinik – einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen	285	16,61	38,21	58,14

Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	64	3,73	8,58	13,06
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07	25,47	38,76
837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91	36,60	55,69
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	550	32,06	73,73	112,20
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit	700	40,80	93,84	142,80
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie	700	40,80	93,84	142,80
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	500	29,14	67,03	102,00
<i>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>					
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	150	8,74	20,11	30,60
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	150	8,74	20,11	30,60
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62	6,03	9,18
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	230	13,41	30,83	46,92
855*	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	722	42,08	75,75	105,21

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
856*	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	361	21,04	37,88	52,60
<i>Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>					
857*	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests), insgesamt	116	6,76	12,17	16,90
<i>Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>					
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62	123,34	187,69
<i>Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>					
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22	92,50	140,76
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	46,25	70,38
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22	92,50	140,76
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	46,25	70,38
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	345	20,11	46,25	70,38

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten	750	43,72	100,55	153,00
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74	20,11	30,60
<i>Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.</i>					
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	500	29,14	67,03	102,00
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	700	40,80	93,84	142,80
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	200	11,66	26,81	40,80

H Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
1001*	Tokographische Untersuchung	120	6,99	12,59	17,49
1002*	Externe kardiotokographische Untersuchung	200	11,66	20,98	29,14
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges voraus- gegangenen externen Kardiotokographie	379	22,09	50,81	77,32
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.</i>					
1010	Amnioskopie	148	8,63	19,84	30,19
1011	Amniozentese – einschließlich Fruchtwasserent- nahme	266	15,50	35,66	54,27
1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31	9,92	15,10
1013	Blutentnahme beim Fetus – einschließlich pH- Messung(en) im Blut	178	10,38	23,86	36,31
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie – einschließlich pH-Messung(en) im Blut	296	17,25	39,68	60,39
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt – gegebenenfalls einschließlich Eipollösung	148	8,63	19,84	30,19
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	266	15,50	35,66	54,27
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	1300	75,77	174,28	265,21

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	554	32,29	74,27	113,02
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	832	48,50	111,54	169,73
1027	Entbindung durch Zange	832	48,50	111,54	169,73
1028	Äußere Wendung	370	21,57	49,60	75,48
1029	Innere oder kombinierte Wendung – auch mit Extraktion	1110	64,70	148,81	226,45
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57	49,60	75,48
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i>					
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	1950	113,66	261,42	397,81
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	2310	134,64	309,68	471,25
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	2030	118,32	272,14	414,13
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	2770	161,46	371,35	565,10
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung – auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage	350	20,40	46,92	71,40
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament	824	48,03	110,47	168,10
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	554	32,29	74,27	113,02
1043	Naht des Gebärmutterhalses – einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses	620	36,14	83,12	126,48
1044	Naht der weichen Geburtswege – auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung – und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses	420	24,48	56,31	85,68

Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades)	924	53,86	123,87	188,50
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.</i>					
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft	2310	134,64	309,68	471,25
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren – auch mit Einlage eines Ringes	296	17,25	39,68	60,39
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	296	17,25	39,68	60,39
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78	24,80	37,74
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07	99,07	150,76
1055 ¹	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals	800	46,63	107,25	163,20
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals	1200	69,94	160,87	244,81
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.</i>					
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion	924	53,86	123,87	188,50
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	185	10,78	24,80	37,74
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38	23,86	36,31
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	240	13,99	32,17	48,96
1070	Kolposkopie	73	4,25	9,79	14,89
1075	Vaginale Behandlung – auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen	45	2,62	6,03	9,18

¹ § 5 a GOÄ: in den Fällen des § 218 a Abs. 1 StGB Begrenzung auf den 1,8fachen Satz (83,93 €)

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	106	6,18	14,21	21,62
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung	59	3,44	7,91	12,04
1082	Ausstopfung der Gebärmutter – gegebenenfalls einschließlich Scheide – zur Blutstillung, als selbständige Leistung	178	10,38	23,86	36,31
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	70	4,08	9,38	14,28
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	118	6,88	15,82	24,07
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung	296	17,25	39,68	60,39
1086	Konisation der Portio	296	17,25	39,68	60,39
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21	7,37	11,22
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42	12,47	18,97
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99	62,07	94,45
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	52	3,03	6,97	10,61
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	106	6,18	14,21	21,62
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03	6,97	10,61
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	2310	134,64	309,68	471,25
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	148	8,63	19,84	30,19
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt – gegebenenfalls einschließlich Naht	296	17,25	39,68	60,39
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25	39,68	60,39
1099	Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra	647	37,71	86,74	131,99

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	148	8,63	19,84	30,19
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand – gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen	185	10,78	24,80	37,74
1104	Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses – gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen	647	37,71	86,74	131,99
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten	180	10,49	24,13	36,72
1110	Hysteroskopie	444	25,88	59,52	90,58
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en)	739	43,07	99,07	150,76
1112	Tubendurchblasung	296	17,25	39,68	60,39
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung	420	24,48	56,31	85,68
1114	Insemination – auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens	370	21,57	49,60	75,48
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses – auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina	647	37,71	86,74	131,99
1121	Operation eines alten vollkommenen Dammrisses	1660	96,76	222,54	338,65
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.</i>					
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses	739	43,07	99,07	150,76
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschuß der Scheide	2770	161,46	371,35	565,10
1123 a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	2270	132,31	304,32	463,09

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	3700	215,66	496,02	754,82
1125	Vordere Scheidenplastik	924	53,86	123,87	188,50
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19	172,94	263,17
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76	222,54	338,65
1128	Scheiden- und Portioplastik – gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik	2220	129,40	297,61	452,89
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z. B. nach Shirodkar)	739	43,07	99,07	150,76
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation	379	22,09	50,81	77,32
1135	Zervixamputation	554	32,29	74,27	113,02
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie – auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses –, als selbständige Leistung	379	22,09	50,81	77,32
1137	Vaginale Myomenukleation	1290	75,19	172,94	263,17
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	2770	161,46	371,35	565,10
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	3330	194,10	446,42	679,34
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	19,41	44,64	67,93
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)	554	32,29	74,27	113,02
1145	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	96,76	222,54	338,65

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40	297,61	452,89
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	1480	86,27	198,41	301,93
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	2500	145,72	335,15	510,01
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	3500	204,01	469,21	714,02
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portoadapters – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	800	46,63	107,25	163,20
1156	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portoadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	1050	61,20	140,76	214,21
1158	Kuldoskopie – auch mit operativen Eingriffen	739	43,07	99,07	150,76
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile – auch Vulvektomie	1660	96,76	222,54	338,65
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)	2770	161,46	371,35	565,10
1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	86,27	198,41	301,93
1162	Abdominale Myomenukleation	1850	107,83	248,01	377,41
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen – gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik	2770	161,46	371,35	565,10
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	3140	183,02	420,95	640,58
1166	Radikaloperation des Zervixkrebsses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	4620	269,29	619,36	942,51

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	4900	285,61	656,90	999,63
1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	343,90	790,96	1203,63

I Augenheilkunde

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	3,44	7,91	12,04
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	89	5,19	11,93	18,16
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	74	4,31	9,92	15,10
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	60	3,50	8,04	12,24
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	45	2,62	6,03	9,18
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	70	4,08	9,38	14,28
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test)	20	1,17	2,68	4,08
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie	228	13,29	30,57	46,51
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie	300	17,49	40,22	61,20
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gegebenenfalls Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie	132	7,69	17,70	26,93

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontaktlinsen (Haftschalen) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie	198	11,54	26,54	40,39
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht getragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.</i>					
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05	16,22	24,68
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes	91	5,30	12,20	18,56
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	14,11	32,44	49,37
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>					
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelerkrankungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	700	40,80	93,84	142,80
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) – auch Perimetrie nach Förster	121	7,05	16,22	24,68
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	182	10,61	24,40	37,13
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	248	14,46	33,25	50,59
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z. B. Farbtafeln)	61	3,56	8,18	12,44
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61	24,40	37,13
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21	64,89	98,74

Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	91	5,30	12,20	18,56
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	91	5,30	12,20	18,56
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	91	5,30	12,20	18,56
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	600	34,97	80,44	122,40
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse)	74	4,31	9,92	15,10
1241	Gonioskopie	152	8,86	20,38	31,01
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) – gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung	152	8,86	20,38	31,01
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56	8,18	12,44
1244	Exophthalmometrie	50	2,91	6,70	10,20
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Applikation des Teststoffes	242	14,11	32,44	49,37
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes	484	28,21	64,89	98,74
<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>					
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	273	15,91	36,60	55,69
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	273	15,91	36,60	55,69

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	100	5,83	13,41	20,40
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	150	8,74	20,11	30,60
1255*	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	70	4,08	7,34	10,20
1256*	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	100	5,83	10,49	14,57
1257*	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) – auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes	242	14,11	25,39	35,26
1259*	Pupillographie	242	14,11	25,39	35,26
1260*	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64	58,75	81,60
1262*	Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, erste Messung	242	14,11	25,39	35,26
1263*	Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, jede weitere Messung	152	8,86	15,95	22,15
1268*	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Minstdauer 20 Minuten	152	8,86	15,95	22,15
1269*	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Minstdauer 20 Minuten	152	8,86	15,95	22,15
1270*	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Minstdauer 20 Minuten	54	3,15	5,67	7,87
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68	6,17	9,38
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	37	2,16	4,96	7,55

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	74	4,31	9,92	15,10
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	152	8,86	20,38	31,01
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	278	16,20	37,27	56,71
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83	13,41	20,40
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augennern mit Hilfe des Magneten – einschließlich Eröffnung des Augapfels	1290	75,19	172,94	263,17
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augennern	2220	129,40	297,61	452,89
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	152	8,86	20,38	31,01
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung	554	32,29	74,27	113,02
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung	924	53,86	123,87	188,50
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand	1480	86,27	198,41	301,93
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherner Gerüst	1500	87,43	201,09	306,01
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z.B. nach Fraktur)	1850	107,83	248,01	377,41
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone	278	16,20	37,27	56,71

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salben- füllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31	9,92	15,10
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglin- gen und Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58	17,43	26,52
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	152	8,86	20,38	31,01
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkana- ls	132	7,69	17,70	26,93
1299	Tränensackexstirpation	554	32,29	74,27	113,02
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung	1220	71,11	163,55	248,89
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse	463	26,99	62,07	94,45
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erwei- terten Lidspalte oder des Epikanthus	924	53,86	123,87	188,50
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lid- spalte	230	13,41	30,83	46,92
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entro- piums, der Trichiasis oder Distichiasis	924	53,86	123,87	188,50
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)	739	43,07	99,07	150,76
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70	148,81	226,45
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27	198,41	301,93
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung	1110	64,70	148,81	226,45
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	1850	107,83	248,01	377,41
1313	Abreiben, Skarifizieren oder chemische Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75	4,02	6,12
1318	Ausrollen oder Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31	9,92	15,10
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsa- ckes durch Transplantation von Lippenschleim- haut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augap- fel – einschließlich Entnahme des Transplantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel	1850	107,83	248,01	377,41

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03	6,97	10,61
1321	Operation des Flügelfells	296	17,25	39,68	60,39
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	222,54	338,65
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91	8,98	13,67
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde	230	13,41	30,83	46,92
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde – auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung	1110	64,70	148,81	226,45
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse	1850	107,83	248,01	377,41
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	3230	188,27	433,02	658,94
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07	99,07	150,76
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330	554	32,29	74,27	113,02
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70	148,81	226,45
1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332	739	43,07	99,07	150,76
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26	7,51	11,42
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63	19,84	30,19
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung	185	10,78	24,80	37,74
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41	44,64	67,93

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1345	Hornhautplastik	1660	96,76	222,54	338,65
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46	371,35	565,10
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese)	3030	176,61	406,20	618,14
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars	832	48,50	111,54	169,73
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) – gegebenenfalls mit Extrak­tion zurückgebliebener Linsenteile	1850	107,83	248,01	377,41
1350	Staroperation – gegebenenfalls mit Iridektomie – einschließlich Nahttechnik	2370	138,14	317,72	483,49
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46	371,35	565,10
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung	1800	104,92	241,31	367,21
1353	Extrak­tion einer eingepflanzten Linse	832	48,50	111,54	169,73
1354	Extrak­tion der luxierten Linse	2220	129,40	297,61	452,89
1355	Partielle oder totale Extrak­tion des Nachstars	1110	64,70	148,81	226,45
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung	370	21,57	49,60	75,48
1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57	49,60	75,48
1358	Zyklodialyse, Iridektomie	1000	58,29	134,06	204,01
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation	500	29,14	67,03	102,00
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)	1000	58,29	134,06	204,01
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom	1850	107,83	248,01	377,41
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61	406,20	618,14
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung	924	53,86	123,87	188,50

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70	148,81	226,45
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellen- den Maßnahmen	2220	129,40	297,61	452,89
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellen- den Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61	406,20	618,14
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	1850	107,83	248,01	377,41
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86	123,87	188,50
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einset- zung einer Plombe	1290	75,19	172,94	263,17
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bin- dehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83	248,01	377,41
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70	148,81	226,45
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) gegebenenfalls einschließlich Iridektomie	3050	177,78	408,89	622,22
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01	469,21	714,02
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhr- chens	1480	86,27	198,41	301,93
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheni- umplombe	280	16,32	37,54	57,12
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	268,12	408,01
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhaut- tumors (Zyklektomie)	2770	161,46	371,35	565,10
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	335,15	510,01
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung	2500	145,72	335,15	510,01

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung	830	48,38	111,27	169,32
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19	172,94	263,17

J Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
1400	Genaue Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	76	4,43	10,19	15,50
1401*	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	60	3,50	6,30	8,74
1403*	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) – auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung	158	9,21	16,58	23,02
1404*	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)	158	9,21	16,58	23,02
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>					
1405*	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	63	3,67	6,61	9,18
1406*	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen – gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung	182	10,61	19,09	26,52
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>					
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	182	10,61	24,40	37,13

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	119,05	181,16
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>					
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	91	5,30	12,20	18,56
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	35,53	54,06
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	42	2,45	5,63	8,57
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	91	5,30	12,20	18,56
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	16,22	24,68
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	13,41	20,40
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder	180	10,49	24,13	36,72
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.</i>					
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	50	2,91	6,70	10,20
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	100	5,83	13,41	20,40
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	95	5,54	12,74	19,38
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase	370	21,57	49,60	75,48
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,50
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision	119	6,94	15,95	24,28

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30	12,20	18,56
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	36	2,10	4,83	7,34
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57	49,60	75,48
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57	49,60	75,48
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	130	7,58	17,43	26,52
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	39,68	60,39
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand	463	26,99	62,07	94,45
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste	739	43,07	99,07	150,76
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76	222,54	338,65
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14	317,72	483,49
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	496,02	754,82
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33	992,05	1509,64
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63	107,25	163,20

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12	147,47	224,41
1455	Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06	73,73	112,20
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52	31,10	47,33
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57	49,60	75,48
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19	172,94	263,17
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31	9,92	15,10
1465	Punktion einer Kieferhöhle – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten	119	6,94	15,95	24,28
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) – gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465	178	10,38	23,86	36,31
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus – einschließlich Fensterung	407	23,72	54,56	83,03
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus	296	17,25	39,68	60,39
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	554	32,29	74,27	113,02
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus – einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	43,07	99,07	150,76
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle – gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen – vom Naseninnern aus	1480	86,27	198,41	301,93
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94	29,76	45,29
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40	297,61	452,89

Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln	178	10,38	23,86	36,31
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus – auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln	59	3,44	7,91	12,04
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62	6,03	9,18
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen	924	53,86	123,87	188,50
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70	148,81	226,45
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	1480	86,27	198,41	301,93
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83	248,01	377,41
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	1290	75,19	172,94	263,17
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)	296	17,25	39,68	60,39
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70	148,81	226,45
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	2220	129,40	297,61	452,89
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	1110	64,70	148,81	226,45
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	44	2,56	5,90	8,98
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	463	26,99	62,07	94,45
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	739	43,07	99,07	150,76
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41	44,64	67,93
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63	19,84	30,19

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78	24,80	37,74
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26	7,51	11,42
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	93	5,42	12,47	18,97
1509	Operative Behandlung einer Mundboden-phlegmone	463	26,99	62,07	94,45
1510	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges – gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen	190	11,07	25,47	38,76
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78	24,80	37,74
1512	Teilweise Entfernung der Zunge – gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis	1110	64,70	148,81	226,45
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57	49,60	75,48
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	2220	129,40	297,61	452,89
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	99,07	150,76
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	74,27	113,02
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	900	52,46	120,65	183,60
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	1850	107,83	248,01	377,41
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis – gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	2000	116,57	268,12	408,01
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	46	2,68	6,17	9,38
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43	10,19	15,50
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettament im Kehlkopf	370	21,57	49,60	75,48
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29	74,27	113,02
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	152	8,86	20,38	31,01

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61	24,40	37,13
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61	24,40	37,13
<i>Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i>					
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	500	29,14	67,03	102,00
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99	62,07	94,45
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf	647	37,71	86,74	131,99
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83	248,01	377,41
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02	186,34	283,57
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83	248,01	377,41
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17	221,20	336,61
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes – einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	107,83	248,01	377,41
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40	297,61	452,89
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes – einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen	3700	215,66	496,02	754,82
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie – einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels	2770	161,46	371,35	565,10
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07	276,17	420,25
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	160,87	244,81
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	300	17,49	40,22	61,20

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 / 1,8 FACH €	3,5 / 2,5 FACH €
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea – gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie	3000	174,86	402,18	612,02
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)	119	6,94	15,95	24,28
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>					
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesinsatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfanges und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	119	6,94	15,95	24,28
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18	14,21	21,62
1558*	Stimmtherapie bei Kehlkopflosen (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	148	8,63	15,53	21,57
1559*	Sprachübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,72	30,16
1560*	Stimmübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmesinsatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,72	30,16
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfröpfen, auch beidseitig	45	2,62	6,03	9,18
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	6,03	9,18
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	9,92	15,10
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	185	10,78	24,80	37,74

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	74	4,31	9,92	15,10
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	148	8,63	19,84	30,19
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	130	7,58	17,43	26,52
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)	320	18,65	42,90	65,28
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	45	2,62	6,03	9,18
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	40	2,33	5,36	8,16
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle – gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang	70	4,08	9,38	14,28
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	89	5,19	11,93	18,16
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	130	7,58	17,43	26,52
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	39,68	60,39
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)	554	32,29	74,27	113,02
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	30	1,75	4,02	6,12
1590	Katheterismus der Ohrtrompete – auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche –, auch beidseitig	74	4,31	9,92	15,10
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33	5,36	8,16

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83	248,01	377,41
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27	198,41	301,93
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,70	148,81	226,45
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	1660	96,76	222,54	338,65
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	2770	161,46	371,35	565,10
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598	1660	96,76	222,54	338,65
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600	2770	161,46	371,35	565,10
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27	198,41	301,93
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus	1480	86,27	198,41	301,93
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung	2350	136,98	315,04	479,41
1614	Tympanoplastik – einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette	3140	183,02	420,95	640,58
1620	Fensterungsoperation – einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98	315,04	479,41
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	700	40,80	93,84	142,80
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) – gegebenenfalls einschließlich Interposition	2350	136,98	315,04	479,41
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	2350	136,98	315,04	479,41
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung	2220	129,40	297,61	452,89
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen	1330	77,52	178,30	271,33
1628	Plastischer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel	739	43,07	99,07	150,76
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	3700	215,66	496,02	754,82
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision)	739	43,07	99,07	150,76
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	51,70	118,91	180,95
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60	187,69	285,61
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29	603,27	918,02
1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29	74,27	113,02

K Urologie

Allgemeine Bestimmungen

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	45	2,62	6,03	9,18
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung	74	4,31	9,92	15,10
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, erste Sitzung	178	10,38	23,86	36,31
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63	19,84	30,19
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29	74,27	113,02
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37	10,05	15,30
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50	8,04	12,24
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung	59	3,44	7,91	12,04
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31	9,92	15,10
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	119	6,94	15,95	24,28
1713	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation, Erstbougieurung und/oder Spaltung einer Striktur)	296	17,25	39,68	60,39
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	230	13,41	30,83	46,92
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	300	17,49	40,22	61,20
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29	74,27	113,02

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1721	Verschuß einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29	74,27	113,02
1722	Verschuß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70	148,81	226,45
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	1660	96,76	222,54	338,65
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Strik- tur der Harnröhre oder eines Harnröhrendiverti- kels, je Sitzung	1660	96,76	222,54	338,65
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44	7,91	12,04
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Aus- spülung von Blutkoagula	104	6,06	13,94	21,22
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16	4,96	7,55
<i>Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.</i>					
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Aus- spülung von Blutkoagula	74	4,31	9,92	15,10
1732	Einlegung eines Verweilkatheters – gegebenen- falls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730	74	4,31	9,92	15,10
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.</i>					
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33	5,36	8,16
1737	Meatomie	74	4,31	9,92	15,10
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29	74,27	113,02
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/ oder Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50	8,04	12,24
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25	39,68	60,39
1741	Phimoseoperation	370	21,57	49,60	75,48
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95	11,40	17,34

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	554	32,29	74,27	113,02
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	1110	64,70	148,81	226,45
1747	Penisamputation	554	32,29	74,27	113,02
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen – einschließlich Verlagerung der Harnröhre	2220	129,40	297,61	452,89
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72	335,15	510,01
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52	428,99	652,82
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	924	53,86	123,87	188,50
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	2500	145,72	335,15	510,01
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06	73,73	112,20
1754	Direktionale Doppler–sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern – einschließlich graphischer Registrierung	180	10,49	24,13	36,72
1755	Unterbindung eines Samenleiters – auch mit Teilresektion –, als selbständige Leistung	463	26,99	62,07	94,45
1756	Unterbindung beider Samenleiter – auch mit Teilresektion(en) –, als selbständige Leistung	832	48,50	111,54	169,73
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	554	32,29	74,27	113,02
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70	148,81	226,45
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	2800	163,20	375,37	571,22
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	1480	86,27	198,41	301,93
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07	99,07	150,76
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1200	69,94	160,87	244,81

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	99,20	150,96
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81	61,67	93,84
1765	Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließ- lich Nebenhodenentfernung derselben Seite –, einseitig	739	43,07	99,07	150,76
1766	Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließ- lich Nebenhodenentfernung(en) –, beidseitig	1200	69,94	160,87	244,81
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial	463	26,99	62,07	94,45
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94	160,87	244,81
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27	198,41	301,93
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	924	53,86	123,87	188,50
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) – gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat	45	2,62	6,03	9,18
1776	Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm aus	370	21,57	49,60	75,48
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	924	53,86	123,87	188,50
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83	248,01	377,41
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	2590	150,96	347,22	528,37
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harnin- kontinenz	1850	107,83	248,01	377,41
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließ- muskels	2770	161,46	371,35	565,10
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70	148,81	226,45
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbstän- dige Leistung	1850	107,83	248,01	377,41

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01	469,21	714,02
1785	Zystoskopie	207	12,07	27,75	42,23
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	355	20,69	47,59	72,42
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69	33,78	51,41
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25	39,68	60,39
1789	Chromozystoskopie – einschließlich intravenöser Injektion	325	18,94	43,57	66,30
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) – einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken	370	21,57	49,60	75,48
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	148	8,63	19,84	30,19
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	212	12,36	28,42	43,25
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>					
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests	680	39,64	91,16	138,72
<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.</i>					
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	273	15,91	36,60	55,69
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07	99,07	150,76
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung	355	20,69	47,59	72,42

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests	550	32,06	73,73	112,20
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>					
1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74	20,11	30,60
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27	198,41	301,93
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten – gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters	1480	86,27	198,41	301,93
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle – auch einschließlich Probeexzision	739	43,07	99,07	150,76
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70	148,81	226,45
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.</i>					
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbstständige Leistung	1850	107,83	248,01	377,41
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	1850	107,83	248,01	377,41
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40	297,61	452,89
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	4070	237,23	545,63	830,30
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter – gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung	4800	279,78	643,49	979,23
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70	618,02	940,47
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters	340	19,82	45,58	69,36

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
<i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>					
1814	Harnleiterbougieung	900	52,46	120,65	183,60
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen – gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums	1110	64,70	148,81	226,45
<i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>					
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbstständige Leistung	481	28,04	64,48	98,13
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	2220	129,40	297,61	452,89
1818	Ureterektomie – gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette	2770	161,46	371,35	565,10
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58	502,73	765,02
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96	347,22	528,37
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10	446,42	679,34
1825	Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	2770	161,46	371,35	565,10
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99	62,07	94,45
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougieung – gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung –, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43	201,09	306,01
1828	Ureterpyeloskopie – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43	201,09	306,01
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	2590	150,96	347,22	528,37
1829 a	Ureterolyse, als selbstständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45

Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829 a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1830	Operative Freilegung einer Niere – gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70	148,81	226,45
1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknielenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	1660	96,76	222,54	338,65
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	237	13,81	31,77	48,35
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes – ohne Eröffnung des Nierenbeckens –, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27	433,02	658,94
1836	Nierenpolresection, als selbständige Leistung	2770	161,46	371,35	565,10
1837	Nierenpolresection in Verbindung mit einer anderen Operation	1660	96,76	222,54	338,65
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40	297,61	452,89
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46	371,35	565,10
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46	371,35	565,10
1841	Nephrektomie	2220	129,40	297,61	452,89
1842	Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal)	3230	188,27	433,02	658,94
1843	Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal)	4160	242,48	557,69	848,66
1845	Implantation einer Niere	4990	290,85	668,96	1017,99
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48	557,69	848,66
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27	433,02	658,94
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40	297,61	452,89

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01	469,21	714,02
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	6500	378,87	871,40	1326,04
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel – gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1250	72,86	167,58	255,01
1852	Transkutane Pyeloskopie – einschließlich Bougierung der Nierenfistel	700	40,80	93,84	142,80
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung	1200	69,94	160,87	244,81
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.</i>					
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27	433,02	658,94
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48	557,69	848,66
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle –, je Sitzung	6000	349,72	804,36	1224,03

L Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

I Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08	9,38	14,28
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58	17,43	26,52
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33	21,45	32,64
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	7,58	17,43	26,52
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99	32,17	48,96
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31	53,62	81,60

Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.

2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde	63	3,67	8,45	12,85
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	40	2,33	5,36	8,16
2008	Wund- oder Fistelspaltung	90	5,25	12,07	18,36
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	5,83	13,41	20,40

L

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	22,09	50,81	77,32
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50	8,04	12,24

II Extremitätenchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität	50	2,91	6,70	10,20
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie – gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	130	7,58	17,43	26,52
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage	189	11,02	25,34	38,56
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	250	14,57	33,52	51,00
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	57	3,32	7,64	11,63
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	15,28	23,26
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe – auch mit Defektdeckung	180	10,49	24,13	36,72
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	45	2,62	6,03	9,18
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom)	554	32,29	74,27	113,02
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik	700	40,80	93,84	142,80
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	1100	64,12	147,47	224,41
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	194,39	295,81
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie	1700	99,09	227,90	346,81

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2045	Operation der Doppelbildung an einem Finger- gelenk	600	34,97	80,44	122,40
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplanta- tion einschließlich Fernlappenplastik	1800	104,92	241,31	367,21
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk	600	34,97	80,44	122,40
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk	554	32,29	74,27	113,02
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	2400	139,89	321,75	489,61
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertrans- plantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypo- plasie	2400	139,89	321,75	489,61
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	7000	408,01	938,43	1428,04
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	8000	466,30	1072,49	1632,04
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehngelenk)	230	13,41	30,83	46,92
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	74	4,31	9,92	15,10
2062	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte	370	21,57	49,60	75,48
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062	126	7,34	16,89	25,70
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung	924	53,86	123,87	188,50
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung	250	14,57	33,52	51,00
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23	60,33	91,80
2067	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)	1660	96,76	222,54	338,65
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Kar- pal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompres- sion von Nerven	1660	96,76	222,54	338,65

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifaparat	1850	107,83	248,01	377,41
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung	463	26,99	62,07	94,45
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde	650	37,89	87,14	132,60
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels	1100	64,12	147,47	224,41
2075	Sehnenverkürzung oder –raffung	924	53,86	123,87	188,50
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung	950	55,37	127,36	193,81
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehrendurchschneidung	463	26,99	62,07	94,45
2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation – gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils	924	53,86	123,87	188,50
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes – einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand	1650	96,17	221,20	336,61
2083	Freie Sehnentransplantation	1650	96,17	221,20	336,61
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision	407	23,72	54,56	83,03
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose	924	53,86	123,87	188,50
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose	1100	64,12	147,47	224,41
2089	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern – gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken	1800	104,92	241,31	367,21
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung	63	3,67	8,45	12,85
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) – gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung	924	53,86	123,87	188,50

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers	750	43,72	100,55	153,00
2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91	6,70	10,20

III Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks	278	16,20	37,27	56,71
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	554	32,29	74,27	113,02
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk – gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen	1850	107,83	248,01	377,41
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	2310	134,64	309,68	471,25
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks	550	32,06	73,73	112,20
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose	1110	64,70	148,81	226,45
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk	750	43,72	100,55	153,00
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk	1110	64,70	148,81	226,45

Nr.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27	198,41	301,93
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	1850	107,83	248,01	377,41
2117	Meniskusoperation	1480	86,27	198,41	301,93
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk	463	26,99	62,07	94,45
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27	198,41	301,93
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89	87,14	132,60
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks	1300	75,77	174,28	265,21
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks	407	23,72	54,56	83,03
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	1850	107,83	248,01	377,41
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40	297,61	452,89
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende – gegebenenfalls mit Osteosynthese	2770	161,46	371,35	565,10
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89	87,14	132,60
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	1300	75,77	174,28	265,21
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks – auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material	2770	161,46	371,35	565,10
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	2100	122,40	281,53	428,41
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks	924	53,86	123,87	188,50
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1400	81,60	187,69	285,61
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1660	96,76	222,54	338,65
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	2100	122,40	281,53	428,41

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1000	58,29	134,06	204,01
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1800	104,92	241,31	367,21
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	2700	157,38	361,96	550,81
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	4860	283,28	651,54	991,47
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	3600	209,83	482,62	734,42
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	6480	377,70	868,71	1321,96
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	1800	104,92	241,31	367,21
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	3240	188,85	434,36	660,98
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie – auch Pfannendachplastik	2100	122,40	281,53	428,41
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantation	2770	161,46	371,35	565,10
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	4980	290,27	667,62	1015,95
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	3700	215,66	496,02	754,82
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	6660	388,19	892,84	1358,68
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	3700	215,66	496,02	754,82
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	6660	388,19	892,84	1358,68
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	148	8,63	19,84	30,19

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	26,99	62,07	94,45
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	924	53,86	123,87	188,50
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe	370	21,57	49,60	75,48
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	924	53,86	123,87	188,50
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	1110	64,70	148,81	226,45
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	1290	75,19	172,94	263,17
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	1480	86,27	198,41	301,93
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	1850	107,83	248,01	377,41
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	496,02	754,82
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials – gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	804,36	1224,03
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	3200	186,52	428,99	652,82
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese – einschließlich operativer Versteifung des Gelenks	3200	186,52	428,99	652,82
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils – einschließlich plastischer Deckung	463	26,99	62,07	94,45
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti – einschließlich plastischer Deckung	1110	64,70	148,81	226,45
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens – einschließlich plastischer Deckung	924	53,86	123,87	188,50
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich – einschließlich plastischer Deckung	1110	64,70	148,81	226,45

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2174	Amputation im Oberschenkelbereich – einschließlich plastischer Deckung	1290	75,19	172,94	263,17
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	227	13,23	30,43	46,31
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	379	22,09	50,81	77,32
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	740	43,13	99,20	150,96
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	1000	58,29	134,06	204,01
2189	Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper	1500	87,43	201,09	306,01
2190	Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk	1800	104,92	241,31	367,21
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbandes an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht	2000	116,57	268,12	408,01
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bandes in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung	500	29,14	67,03	102,00
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten	1800	104,92	241,31	367,21
2195	Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49	40,22	61,20
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	250	14,57	33,52	51,00

IV Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2, 3 FACH €	3, 5 FACH €
2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	739	43,07	99,07	150,76
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	1110	64,70	148,81	226,45
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	93	5,42	12,47	18,97
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	140	8,16	18,77	28,56
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	148	8,63	19,84	30,19
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumen- gelenks	220	12,82	29,49	44,88
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57	49,60	75,48
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	407	23,72	54,56	83,03
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	278	16,20	37,27	56,71
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	420	24,48	56,31	85,68
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	370	21,57	49,60	75,48
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	540	31,48	72,39	110,16
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1850	107,83	248,01	377,41
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	370	21,57	49,60	75,48
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schulter- gelenks	540	31,48	72,39	110,16

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	1850	107,83	248,01	377,41
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	2250	131,15	301,64	459,01
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	111	6,47	14,88	22,64
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	170	9,91	22,79	34,68
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	400	23,31	53,62	81,60
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	800	46,63	107,25	163,20
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	1000	58,29	134,06	204,01
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulgelenks	120	6,99	16,09	24,48
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	900	52,46	120,65	183,60
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	739	43,07	99,07	150,76
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	550	32,06	73,73	112,20
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	473	27,57	63,41	96,49
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	1660	96,76	222,54	338,65
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation – einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates	1850	107,83	248,01	377,41
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne – einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates	2770	161,46	371,35	565,10

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 – einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben	3230	188,27	433,02	658,94
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	1480	86,27	198,41	301,93
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik – auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie	2770	161,46	371,35	565,10
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	4500	262,29	603,27	918,02

V Knochenchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen	463	26,99	62,07	94,45
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese	1290	75,19	172,94	263,17
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	1850	107,83	248,01	377,41
2253	Knochenspanentnahme	647	37,71	86,74	131,99
2254	Implantation von Knochen	739	43,07	99,07	150,76
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	86,27	198,41	301,93
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	463	26,99	62,07	94,45
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	800	46,63	107,25	163,20
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	1200	69,94	160,87	244,81

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	1500	87,43	201,09	306,01
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Osteosynthese	1850	107,83	248,01	377,41
2263	Resektion eines kleinen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils – mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation)	1660	96,76	222,54	338,65
2265	Resektion eines großen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation)	2770	161,46	371,35	565,10
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	1850	107,83	248,01	377,41
2267	Knochenzerbrechung	463	26,99	62,07	94,45
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat	1800	104,92	241,31	367,21
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung	1800	104,92	241,31	367,21
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Anbringens eines Distraktors	924	53,86	123,87	188,50
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens – einschließlich Anbringens eines Distraktors	1850	107,83	248,01	377,41
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64	309,68	471,25
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	2770	161,46	371,35	565,10
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05	76,01	115,67
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	3500	204,01	469,21	714,02
2279	Chemonukleolyse	600	34,97	80,44	122,40
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	1135	66,16	152,16	231,55
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)	1400	81,60	187,69	285,61

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder –fens- terung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapsabtragung und Bandscheibenausräumung	1480	86,27	198,41	301,93
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beid- seitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	1850	107,83	248,01	377,41
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Kno- chenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplas- tischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	554	32,29	74,27	113,02
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenab- schnittes – einschließlich Einpflanzung von Kno- chen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenver- krümmungen durch Spondylodese – einschließ- lich Implantation von autologem oder alloplasti- ischem Material	2500	145,72	335,15	510,01
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenver- krümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzli- cher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	3700	215,66	496,02	754,82
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	550	32,06	73,73	112,20
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstütz- vorrichtung an der Wirbelsäule – einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung	4000	233,15	536,24	816,02
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder meh- rerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/ oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang – auch mit Knocheneinpflanzung	2770	161,46	371,35	565,10
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Be- handlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	920	53,62	123,34	187,69
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70	148,81	226,45
2293	Operation einer Steißbeinfistel	370	21,57	49,60	75,48
2294	Steißbeinresektion	554	32,29	74,27	113,02

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99	62,07	94,45
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung	924	53,86	123,87	188,50
2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296	1180	68,78	158,19	240,73

VI Frakturbehandlung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade – gegebenenfalls einschließlich Wundverband	189	11,02	25,34	38,56
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens – gegebenenfalls einschließlich Wundverband	227	13,23	30,43	46,31
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	757	44,12	101,48	154,43
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12	101,48	154,43
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	152	8,86	20,38	31,01
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins – einschließlich Nagelung und/oder Drahtung	567	33,05	76,01	115,67
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	227	13,23	30,43	46,31
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	473	27,57	63,41	96,49
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	341	19,88	45,71	69,57
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	473	27,57	63,41	96,49
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	757	44,12	101,48	154,43
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	227	13,23	30,43	46,31

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	2500	145,72	335,15	510,01
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	3700	215,66	496,02	754,82
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	2800	163,20	375,37	571,22
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	473	27,57	63,41	96,49
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe – auch mit Fremdmaterial	650	37,89	87,14	132,60
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	76	4,43	10,19	15,50
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehnknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittgliedern der Fingerknochen	152	8,86	20,38	31,01
2338 a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers – einschließlich Fixation durch Osteosynthese	185	10,78	24,80	37,74
2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehnknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittgliedknochen der Finger mit Osteosynthese	379	22,09	50,81	77,32
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruchs	554	32,29	74,27	113,02
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation	1110	64,70	148,81	226,45
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruchs	924	53,86	123,87	188,50
2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20	37,27	56,71
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß)	370	21,57	49,60	75,48
2348	Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch	555	32,35	74,40	113,22

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens	1110	64,70	148,81	226,45
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	1660	96,76	222,54	338,65
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	1480	86,27	198,41	301,93
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	2220	129,40	297,61	452,89
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78	24,80	37,74
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen	370	21,57	49,60	75,48
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs	1110	64,70	148,81	226,45
2356	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan	1480	86,27	198,41	301,93
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	2770	161,46	371,35	565,10
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40	281,53	428,41

L

VII Chirurgie der Körperoberfläche

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	41,56	63,24
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	49,60	75,48

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	43,07	99,07	150,76
2383	Vollhauttransplantation – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle	1000	58,29	134,06	204,01
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe)	739	43,07	99,07	150,76
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle	1200	69,94	160,87	244,81
2386	Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	40,10	92,23	140,36
2390	Deckung eines über handflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten	1330	77,52	178,30	271,33
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	1500	87,43	201,09	306,01
2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46	120,65	183,60
2392 a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung	1000	58,29	134,06	204,01
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)	739	43,07	99,07	150,76
2394	Implantation eines Rundstiellappens – einschließlich Modellierung am Ort	2200	128,23	294,93	448,81
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72	335,15	510,01
2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46	120,65	183,60
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung	600	34,97	80,44	122,40
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	111	6,47	14,88	22,64
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	7,75	17,83	27,13

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)	370	21,57	49,60	75,48
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	7,75	17,83	27,13
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)	554	32,29	74,27	113,02
2405	Entfernung eines Schleimbeutels	370	21,57	49,60	75,48
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst – gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln – und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	2310	134,64	309,68	471,25
2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	1100	64,12	147,47	224,41
2410	Operation eines Mammatumors	739	43,07	99,07	150,76
2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86	123,87	188,50
2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	1400	81,60	187,69	285,61
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	2310	134,64	309,68	471,25
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	163,20	375,37	571,22
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese	2000	116,57	268,12	408,01
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese	3000	174,86	402,18	612,02
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle	800	46,63	107,25	163,20
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63	107,25	163,20
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik	1200	69,94	160,87	244,81
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,47	224,41

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs	600	34,97	80,44	122,40
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) – auch mit Drainage(n)	400	23,31	53,62	81,60
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	80	4,66	10,72	16,32
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	220	12,82	29,49	44,88
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	303	17,66	40,62	61,81
2431	Eröffnung eines Karbunkels – auch mit Exzision	379	22,09	50,81	77,32
2432	Eröffnung einer Phlegmone	473	27,57	63,41	96,49
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63	107,25	163,20
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe	400	23,31	53,62	81,60
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung	900	52,46	120,65	183,60
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63	107,25	163,20
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49	40,22	61,20
2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97	80,44	122,40
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung – einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie	2500	145,72	335,15	510,01
2452	Exstirpation einer Fettschürze – einschließlich plastischer Deckung des Grundes	1400	81,60	187,69	285,61
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	2000	116,57	268,12	408,01
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	924	53,86	123,87	188,50

VIII Neurochirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	1850	107,83	248,01	377,41
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels – einschließlich Reimplantation von Knochenstücken	3100	180,69	415,59	632,42
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	2750	160,29	368,67	561,02
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom	5250	306,01	703,82	1071,03
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik	4500	262,29	603,27	918,02
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	3000	174,86	402,18	612,02
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	3750	218,58	502,73	765,02
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepation(en) – gegebenenfalls einschließlich Drainage	1800	104,92	241,31	367,21
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	4500	262,29	603,27	918,02
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	3750	218,58	502,73	765,02
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	4000	233,15	536,24	816,02
2515	Bohrlochtrepation des Schädels	1000	58,29	134,06	204,01
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	1500	87,43	201,09	306,01
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn – einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels	2250	131,15	301,64	459,01
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	2700	157,38	361,96	550,81
2519	Trepanation bei Kraniostenose	2250	131,15	301,64	459,01

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2525	Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose (Kraniosynostose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	4000	233,15	536,24	816,02
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	3750	218,58	502,73	765,02
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlap- penresektion	5250	306,01	703,82	1071,03
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kranio- pharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypo- physentumor) oder eines Schädelbasistumors	7500	437,15	1005,46	1530,04
2529	Operation einer intrakraniellen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	8000	466,30	1072,49	1632,04
2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	437,15	1005,46	1530,04
2531	Intrakranielle Gefäßanastomose oder Gefäß- transplantation	7500	437,15	1005,46	1530,04
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	6000	349,72	804,36	1224,03
2536	Resektion eines Gehirnlappens	4500	262,29	603,27	918,02
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	6250	364,30	837,88	1275,03
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58	502,73	765,02
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzepha- lozele	6250	364,30	837,88	1275,03
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29	603,27	918,02
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	262,29	603,27	918,02
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	241,31	367,21
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	5000	291,44	670,30	1020,03
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	7500	437,15	1005,46	1530,04
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	6250	364,30	837,88	1275,03
2553	Intrakranielle Operation einer basalen Liquoristel mit plastischem Verschluß	6000	349,72	804,36	1224,03

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2554	Plastischer Verschuß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung	1800	104,92	241,31	367,21
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1480	86,27	198,41	301,93
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1850	107,83	248,01	377,41
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel – einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89	321,75	489,61
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	502,73	765,02
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation	4620	269,29	619,36	942,51
2562	Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 – gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern	2250	131,15	301,64	459,01
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	2310	134,64	309,68	471,25
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	4800	279,78	643,49	979,23
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich – einschließlich Foraminotomie – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283	4100	238,98	549,65	836,42
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich – gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283	3000	174,86	402,18	612,02
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks – gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes	4500	262,29	603,27	918,02

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	2650	154,46	355,26	540,61
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik	3230	188,27	433,02	658,94
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	500	29,14	67,03	102,00
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	2750	160,29	368,67	561,02
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	3500	204,01	469,21	714,02
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	4500	262,29	603,27	918,02
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	4000	233,15	536,24	816,02
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven	554	32,29	74,27	113,02
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes	924	53,86	123,87	188,50
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	1800	104,92	241,31	367,21
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung	924	53,86	123,87	188,50
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung	1480	86,27	198,41	301,93
2585	Nervenerersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/Armbereich	2600	151,55	348,56	530,41
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung – einschließlich Wundversorgung	1350	78,69	180,98	275,41
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven	1850	107,83	248,01	377,41
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats	2100	122,40	281,53	428,41
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)	2400	139,89	321,75	489,61

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse – auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie	3000	174,86	402,18	612,02
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht	6000	349,72	804,36	1224,03
2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung	1800	104,92	241,31	367,21
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung	2770	161,46	371,35	565,10
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86	402,18	612,02
2595	Nervenpfropfung	1600	93,26	214,50	326,41
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	2400	139,89	321,75	489,61
2597	Verödung oder Verkoagung des Ganglion Gasseri	700	40,80	93,84	142,80
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	81,60	187,69	285,61
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	225	13,11	30,16	45,90
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	1500	87,43	201,09	306,01
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	1000	58,29	134,06	204,01
2602	Abdomino–retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	1480	86,27	198,41	301,93
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	3000	174,86	402,18	612,02
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	1480	86,27	198,41	301,93

IX Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2620	Operation der isolierten Lippenspalte	750	43,72	100,55	153,00
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	1500	87,43	201,09	306,01
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte – einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken	9000	524,59	1206,55	1836,05
2625	Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	72,86	167,58	255,01
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	335,15	510,01
2627	Verschuß des harten und weichen Gaumens	2000	116,57	268,12	408,01
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts – einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik	6000	349,72	804,36	1224,03
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	69,94	160,87	244,81
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	107,83	248,01	377,41
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13	99,20	150,96
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06	73,73	112,20
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie	950	55,37	127,36	193,81
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	36,14	83,12	126,48
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie	760	44,30	101,89	155,04

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14	67,03	102,00
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbstständige Leistung	400	23,31	53,62	81,60
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	500	29,14	67,03	102,00
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2675 oder 2676	300	17,49	40,22	61,20
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	49,54	113,95	173,40
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	128,23	294,93	448,81
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	700	40,80	93,84	142,80
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	100	5,83	13,41	20,40
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	23,31	53,62	81,60
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	81,60	187,69	285,61
2685	Reposition eines Zahnes	200	11,66	26,81	40,80
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	17,49	40,22	61,20
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	75,77	174,28	265,21
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	43,72	100,55	153,00

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29	134,06	204,01
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	209,83	482,62	734,42
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelge- sichtsbereich – gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte	1500	87,43	201,09	306,01
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	1200	69,94	160,87	244,81
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesemate- rial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23	60,33	91,80
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kie- fers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	157,38	361,96	550,81
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofa- ziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14	67,03	102,00
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbe- reich, als selbständige Leistung	350	20,40	46,92	71,40
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unver- letzten Ober- oder Unterkiefer	1500	87,43	201,09	306,01
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebro- chenen Ober- oder Unterkiefer	2200	128,23	294,93	448,81
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtun- gen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	350	20,40	46,92	71,40
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlußplatte, Pelotte oder dergleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Nar- benkontrakturen	1800	104,92	241,31	367,21
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer	300	17,49	40,22	61,20

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2705	Osteotomie nach disloziert verheilten Fraktur im Mittelgesicht – einschließlich Osteosynthese	1700	99,09	227,90	346,81
2706	Osteotomie nach disloziert verheilten Fraktur im Unterkiefer – einschließlich Osteosynthese	1300	75,77	174,28	265,21
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,47	224,41
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	750	43,72	100,55	153,00
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	174,86	402,18	612,02
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen	2000	116,57	268,12	408,01
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen	5000	291,44	670,30	1020,03
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden – einschließlich Osteosynthese	800	46,63	107,25	163,20
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14	67,03	102,00
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	268,12	408,01

L

X Halschirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	148,81	226,45
2751	Tracheotomie	554	32,29	74,27	113,02
2752	Extirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste – gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins	1350	78,69	180,98	275,41

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2753	Divertikelsektion im Halsbereich	1660	96,76	222,54	338,65
2754	Operation einer Kiemengangfistel	1660	96,76	222,54	338,65
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	1850	107,83	248,01	377,41
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreotomie)	2200	128,23	294,93	448,81
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsen- geschwulst – einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenen- falls der Nachbarorgane	3700	215,66	496,02	754,82
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung	1200	69,94	160,87	244,81

XI Gefäßchirurgie

XI.1 Allgemeine Verrichtungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2800	Venaesection	275	16,03	36,87	56,10
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blut- gefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung	463	26,99	62,07	94,45
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	2220	129,40	297,61	452,89
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutge- fäßes am Hals, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	253	14,75	33,92	51,61
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	46,92	71,40
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	739	43,07	99,07	150,76
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	400	23,31	53,62	81,60
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen – einschließlich Wundver- sorgung	740	43,13	99,20	150,96

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel	5000	291,44	670,30	1020,03

XI.2 Arterienchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	3140	183,02	420,95	640,58
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	4200	244,81	563,06	856,82
2822	Rekonstruktive Operation einer Armarterie	2300	134,06	308,34	469,21
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	1850	107,83	248,01	377,41
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschuß	3000	174,86	402,18	612,02
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	6500	378,87	871,40	1326,04
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	6500	378,87	871,40	1326,04
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	7500	437,15	1005,46	1530,04
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	3000	174,86	402,18	612,02
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	5200	303,09	697,12	1060,83
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschuß	4500	262,29	603,27	918,02
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	5000	291,44	670,30	1020,03
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	5000	291,44	670,30	1020,03

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	4300	250,64	576,46	877,22
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	3000	174,86	402,18	612,02
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels – auch Anlegung einer Gefäß- prothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung	3000	174,86	402,18	612,02
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	2000	116,57	268,12	408,01
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unter- schenkels	3700	215,66	496,02	754,82
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	3700	215,66	496,02	754,82
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	5500	320,58	737,33	1122,03

XI.3 Venenchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2880	Inzision eines Varixknotens	148	8,63	19,84	30,19
2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	148,81	226,45
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	248,01	377,41
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste	1200	69,94	160,87	244,81
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	1110	64,70	148,81	226,45
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	2770	161,46	371,35	565,10
2887	Thrombektomie	2000	116,57	268,12	408,01
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts	3140	183,02	420,95	640,58
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts	3700	215,66	496,02	754,82
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perfo- ransdissektion und/oder Perforansligatur	350	20,40	46,92	71,40

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2891	Rekonstruktive Operation an den Körperven unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) – gegebe- nenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel	3000	174,86	402,18	612,02
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämody- alyse	1480	86,27	198,41	301,93
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämody- alyse mit freiem Transplantat	2100	122,40	281,53	428,41
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts	1200	69,94	160,87	244,81
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	1500	87,43	201,09	306,01
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	2220	129,40	297,61	452,89
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dis- sektion	3140	183,02	420,95	640,58
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	3700	215,66	496,02	754,82
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisierung	4620	269,29	619,36	942,51

XI.4 Sympathikuschirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57	268,12	408,01
2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	198,41	301,93

XII Thoraxchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	739	43,07	99,07	150,76
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	1110	64,70	148,81	226,45

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2953	Thorakoplastik	3140	183,02	420,95	640,58
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung – auch Jalousieplastik	4620	269,29	619,36	942,51
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung – gegebe- nenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates	5000	291,44	670,30	1020,03
2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40	281,53	428,41
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	3000	174,86	402,18	612,02
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplanta- tion und Entnahme des Implantates	5100	297,27	683,71	1040,43
2960	Operation einer Brustkorbdeformität (z. B. Trich- terbrust)	3000	174,86	402,18	612,02
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülow'sche Heberdrainage)	554	32,29	74,27	113,02
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage – gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln	148	8,63	19,84	30,19
2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	666	38,82	89,28	135,87
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	2220	129,40	297,61	452,89
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	3140	183,02	420,95	640,58
2975	Dekortikation der Lunge	4800	279,78	643,49	979,23
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	2000	116,57	268,12	408,01
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	739	43,07	99,07	150,76
2979	Operative Entfernung eines Pleuraem- pyems – gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en)	1110	64,70	148,81	226,45
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40	297,61	452,89
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70	148,81	226,45
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27	198,41	301,93

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbstständige Leistung	1290	75,19	172,94	263,17
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und in-trathorakalen Präparationen	1480	86,27	198,41	301,93
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)	2770	161,46	371,35	565,10
2995	Lob- oder Pneumonektomie	3140	183,02	420,95	640,58
2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15	536,24	816,02
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	5100	297,27	683,71	1040,43
2998	Bilobektomie	4800	279,78	643,49	979,23
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41	750,74	1142,43
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	2770	161,46	371,35	565,10
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	5800	338,07	777,55	1183,23
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	4800	279,78	643,49	979,23
3010	Sternotomie, als selbstständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	4000	233,15	536,24	816,02
3012	Drainage des Mediastinums	554	32,29	74,27	113,02
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15	536,24	816,02

XIII Herzchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	1850	107,83	248,01	377,41

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1290	75,19	172,94	263,17
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	64,70	148,81	226,45
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	64,70	148,81	226,45
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83	248,01	377,41
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29	74,27	113,02
<i>Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.</i>					
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	554	32,29	74,27	113,02
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	2000	116,57	268,12	408,01
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	3140	183,02	420,95	640,58
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,41	301,93
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammsternose	3140	183,02	420,95	640,58
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	3000	174,86	402,18	612,02
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86	402,18	612,02
3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86	402,18	612,02
3072	Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	3000	174,86	402,18	612,02
3073	Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) – auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlöffnung	4000	233,15	536,24	816,02
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlöffnung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	6500	378,87	871,40	1326,04
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß – auch Thromb- oder Embolektomie	3000	174,86	402,18	612,02
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdi-vertikels	4800	279,78	643,49	979,23

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3077	Operativer Verschuß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	3000	174,86	402,18	612,02
3078	Operativer Verschuß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	4000	233,15	536,24	816,02
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	3000	174,86	402,18	612,02
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	3300	192,35	442,40	673,22
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	3140	183,02	420,95	640,58
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	5600	326,41	750,74	1142,43
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	7500	437,15	1005,46	1530,04
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	5600	326,41	750,74	1142,43
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	7500	437,15	1005,46	1530,04
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	4000	233,15	536,24	816,02
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen – ausschließlich der Schrittmacherbehandlung)	4500	262,29	603,27	918,02
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46	371,35	565,10
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70	148,81	226,45
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff – auch Implantation von myokardialen Elektroden	2770	161,46	371,35	565,10

XIV Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung	300	17,49	40,22	61,20
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	500	29,14	67,03	102,00
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	375	21,86	50,27	76,50
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	1110	64,70	148,81	226,45

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	4000	233,15	536,24	816,02
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	5000	291,44	670,30	1020,03
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	3000	174,86	402,18	612,02
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	3000	174,86	402,18	612,02
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdomi-nalthorakalem Zugang	5000	291,44	670,30	1020,03
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken – gegebenenfalls einschließlich Gewe-beentnahme	1110	64,70	148,81	226,45
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	1110	64,70	148,81	226,45
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	1110	64,70	148,81	226,45
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schräg-kanalbildung	1600	93,26	214,50	326,41
3139	Eröffnung des Bauchraumes bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	2770	161,46	371,35	565,10
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung – einschließlich Spülung des Bauchraumes	1900	110,75	254,72	387,61
3145	Teilresektion des Magens	2770	161,46	371,35	565,10
3146	Kardiaresektion	4000	233,15	536,24	816,02
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78	643,49	979,23
3148	Resektion des Ulcus pepticum	4000	233,15	536,24	816,02
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	5250	306,01	703,82	1071,03
3150	Gastrotomie	1600	93,26	214,50	326,41
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	2700	157,38	361,96	550,81
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	1900	110,75	254,72	387,61
3153	Pyloroplastik	3000	174,86	402,18	612,02
3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86	402,18	612,02

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik)	4500	262,29	603,27	918,02
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	26,23	60,33	91,80
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	4620	269,29	619,36	942,51
3158	Gastroenterostomie	2220	129,40	297,61	452,89
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	4000	233,15	536,24	816,02
3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	3000	174,86	402,18	612,02
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet – auch mit Teilresektion	2220	129,40	297,61	452,89
3168	Jejuno-Zökostomie	2600	151,55	348,56	530,41
3169	Teilresektion des Kolons – auch mit Anastomose	3750	218,58	502,73	765,02
3170	Kolektomie, auch subtotal – mit Ileostomie	5250	306,01	703,82	1071,03
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination	2500	145,72	335,15	510,01
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	1600	93,26	214,50	326,41
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	1480	86,27	198,41	301,93
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	2700	157,38	361,96	550,81
3175	Operation des Mekoniumileus	2700	157,38	361,96	550,81
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	3500	204,01	469,21	714,02
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	5000	291,44	670,30	1020,03
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezipitierendem Ileus	4000	233,15	536,24	816,02

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm – gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm – mit Anastomose	3500	204,01	469,21	714,02
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	6500	378,87	871,40	1326,04
3184	Lebertransplantation	7500	437,15	1005,46	1530,04
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	3000	174,86	402,18	612,02
3186	Exstirpation der Gallenblase	2500	145,72	335,15	510,01
3187	Operation an den Gallengängen – gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase	3250	189,43	435,70	663,02
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81	563,06	856,82
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	4000	233,15	536,24	816,02
3190	Papillenexstirpation oder –spaltung mit Eröffnung des Duodenums	2700	157,38	361,96	550,81
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	2000	116,57	268,12	408,01
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66	496,02	754,82
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	4620	269,29	619,36	942,51
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	2220	129,40	297,61	452,89
3197	Resektion des ganzen Pankreas	4620	269,29	619,36	942,51
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	5000	291,44	670,30	1020,03
3199	Milzexstirpation	2220	129,40	297,61	452,89
3200	Appendektomie	1480	86,27	198,41	301,93
3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt – gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose	3000	174,86	402,18	612,02
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. Duodenum-Dünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	2250	131,15	301,64	459,01

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3206	Enterostomie – auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel)	2250	131,15	301,64	459,01
3207	Anlegen eines Anus praeter	1480	86,27	198,41	301,93
3208	Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	1250	72,86	167,58	255,01
3209	Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	1750	102,00	234,61	357,01
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57	268,12	408,01
3211	Unterweisung eines Anus praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	120	6,99	16,09	24,48
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	150	8,74	20,11	30,60
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	1200	69,94	160,87	244,81
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugoperation	3750	218,58	502,73	765,02
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38	361,96	550,81
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmerisses	278	16,20	37,27	56,71
3220	Operation submuköser Mastdarmpfisteln	300	17,49	40,22	61,20
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmpfisteln	370	21,57	49,60	75,48
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmpfistel – auch ihres verzweigten Gangsystems	700	40,80	93,84	142,80
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel – auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems	850	49,54	113,95	173,40
3224	Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten – einschließlich Schleimhautnaht	1150	67,03	154,17	234,61
3226	Perianale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) – einschließlich Naht	3500	204,01	469,21	714,02
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmpfalles	120	6,99	16,09	24,48

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	1150	67,03	154,17	234,61
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	2220	129,40	297,61	452,89
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus – auch mit Kreuzbeinschnitt	2800	163,20	375,37	571,22
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Megacolon congenitum) – auch mit Kolostomie	3500	204,01	469,21	714,02
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	5000	291,44	670,30	1020,03
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	111	6,47	14,88	22,64
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung	370	21,57	49,60	75,48
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	185	10,78	24,80	37,74
<i>Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.</i>					
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels	1800	104,92	241,31	367,21
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	554	32,29	74,27	113,02
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan/Morgan) – auch mit Analplastik	924	53,86	123,87	188,50

XV Hernienchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3280	Operation einer Diaphragmahernie	2770	161,46	371,35	565,10
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	2250	131,15	301,64	459,01
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	222	12,94	29,76	45,29
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches	1110	64,70	148,81	226,45

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik – auch mit Darmresektion	2500	145,72	335,15	510,01
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	1290	75,19	172,94	263,17
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches – gegebenenfalls mit Darmresektion	2000	116,57	268,12	408,01
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	2500	145,72	335,15	510,01
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	2250	131,15	301,64	459,01

XVI Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3300	Arthroskopie – gegebenenfalls mit Probeexzision	500	29,14	67,03	102,00
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	473	27,57	63,41	96,49
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	227	13,23	30,43	46,31
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	37	2,16	4,96	7,55
3306	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	148	8,63	19,84	30,19
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	76	4,43	10,19	15,50
3311	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm einschließlich Hand oder für einen Unterschenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Unterschenkelstumpf	152	8,86	20,38	31,01
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	189	11,02	25,34	38,56

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	303	17,66	40,62	61,81
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	379	22,09	50,81	77,32
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	473	27,57	63,41	96,49
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	757	44,12	101,48	154,43
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	946	55,14	126,82	192,99
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder eines großes orthopädischen Hilfsmittels	95	5,54	12,74	19,38
<i>Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i>					
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)	152	8,86	20,38	31,01

M Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangs- begutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Unter- suchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.
Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Aus- nahme 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 radio- aktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.
Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersu- chungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.
2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klini- schen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt we- gen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktions- prüfungen) 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 berech- nungsfähig.
5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berech- nungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen unter- sucht 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 Gebühren- nummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebüh- rennummer und muß in der Rechnung angegeben werden.
Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.
7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermio- gramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht über- schreiten.
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.

9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:
- *Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);*
 - *Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;*
 - *Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;*
 - *Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.*
- Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

I Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaushähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3500*	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25	6,03	6,82
Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.					
3501*	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	3,50	4,02	4,55

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3502*	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	120	6,99	8,04	9,09
3503*	Hämatokrit	70	4,08	4,69	5,30
Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße					
		60	3,50	4,02	4,55
Katalog					
3504*	Erythrozyten				
3505*	Leukozyten				
3506*	Thrombozyten				
3508*	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punkttate, Sekrete, Stuhl)	80	4,66	5,36	6,06
3509*	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	100	5,83	6,70	7,58
3510*	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	120	6,99	8,04	9,09
3511*	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	2,91	3,35	3,79

Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.

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

Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	70	4,08	4,69	5,30
Katalog				

3512* Alpha-Amylase

3513* Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3514*	Glukose				
3515*	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartaminotransferase, ASAT, AST)				
3516*	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)				
3517*	Hämoglobin				
3518*	Harnsäure				
3519*	Kalium				
3520*	Kreatinin				
3521*	Lipase				
Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße		100	5,83	6,70	7,85
Katalog					
3523*	Antistreptolysin (ASL)				
3524*	C-reaktives Protein (CRP)				
3525*	Mononukleasetest				
3526*	Rheumafaktor (RF)				
3528*	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	130	7,58	8,71	9,85
3529*	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	150	8,74	10,05	11,37
3530*	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	120	6,99	8,04	9,09
3531*	Urinsediment	70	4,08	4,69	5,30
3532*	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten	90	5,25	6,03	6,82

* Reduzierter Gebührenrahmen

II Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Höchstwerte

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3541.H*	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	27,98	32,17	36,37

II.1 Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3550*	Blutbild und Blutbildbestandteile	60	3,50	4,02	4,55

Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden:

Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.

3551*	Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	20	1,17	1,34	1,52
3552*	Retikulozytenzahl	70	4,08	4,69	5,30

II.2 Elektrolyte, Wasserhaushalt

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3555*	Calcium	40	2,33	2,68	3,03

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3556*	Chlorid	30	1,75	2,01	2,27
3557*	Kalium	30	1,75	2,01	2,27
3558*	Natrium	30	1,75	2,01	2,27

II.3 Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3560*	Glukose	40	2,33	2,68	3,03
3561*	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	200	11,66	13,41	15,15
3562.H1*	Cholesterin	40	2,33	2,68	3,03
3563.H1*	HDL-Cholesterin	40	2,33	2,68	3,03
3564.H1*	LDL-Cholesterin	40	2,33	2,68	3,03
3565.H1*	Triglyzeride	40	2,33	2,68	3,03

II.4 Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3570.H1*	Albumin, photometrisch	30	1,75	2,01	2,27
3571*	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	150	8,74	10,05	11,37

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3572*	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57	16,76	18,94
3573.H1*	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	30	1,75	2,01	2,27
3574*	Proteinelektrophorese im Serum	200	11,66	13,41	15,15
3575*	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	100	5,83	6,70	7,58

II.5 Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3580.H1*	Anorganisches Phosphat	40	2,33	2,68	3,03
3581.H1*	Bilirubin, gesamt	40	2,33	2,68	3,03
3582*	Bilirubin, direkt	70	4,08	4,69	5,30
3583.H1*	Harnsäure	40	2,33	2,68	3,03
3584.H1*	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	40	2,33	2,68	3,03
3585.H1*	Kreatinin	40	2,33	2,68	3,03
3587.H1*	Alkalische Phosphatase	40	2,33	2,68	3,03
3588.H1*	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	50	2,91	3,35	3,79
3589.H1*	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	40	2,33	2,68	3,03
3590.H1*	Creatinkinase (CK)	40	2,33	2,68	3,03
3591.H1*	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitions-methode	50	2,91	3,35	3,79

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3592.H1*	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)	40	2,33	2,68	3,03
3593.H1*	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	2,91	3,35	3,79
3594.H1*	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	40	2,33	2,68	3,03
3595.H1*	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	40	2,33	2,68	3,03
3596.H1*	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	40	2,33	2,68	3,03
3597.H1*	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33	2,68	3,03
3598.H1*	Lipase	50	2,91	3,35	3,79
3599*	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	70	4,08	4,69	5,30

II.6 Gerinnungssystem

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3605*	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	50	2,91	3,35	3,79
3606*	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	70	4,08	4,69	5,30
3607*	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	50	2,91	3,35	3,79

* Reduzierter Gebührenrahmen

II.7 Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3610*	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	100	5,83	6,70	7,58
3611*	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	9,33	10,72	12,12
3612*	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	280	16,32	18,77	21,22
3613*	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	9,33	10,72	12,12
3615*	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	60	3,50	4,02	4,55

II.8 Spurenelemente

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3620*	Eisen im Serum oder Plasma	40	2,33	2,68	3,03
3621*	Magnesium	40	2,33	2,68	3,03

III Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3630.H*	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	50,71	58,32	65,92
3631.H*	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	81,60	93,84	106,08

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3633.H*	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	32,06	36,87	41,68

III.1 Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3650*	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	3,50	4,02	4,55
<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>					
3651*	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten	70	4,08	4,69	5,30
3652*	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	35	2,04	2,35	2,65
3653*	Urinsediment, mikroskopisch	50	2,91	3,35	3,79
3654*	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	80	4,66	5,36	6,06

III.2 Sekrete, Liquor, Konkremente

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3660*	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	40	2,33	2,68	3,03
3661*	Gallensediment, mikroskopisch	40	2,33	2,68	3,03
3662*	HCl, titrimetrisch	70	4,08	4,69	5,30
3663*	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	9,33	10,72	12,12
3664*	Spermienagglutination, mikroskopisch	120	6,99	8,04	9,09
3665*	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	8,74	10,05	11,37

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3667*	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	70	4,08	4,69	5,30
3668*	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat[e], Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)	400	23,31	26,81	30,31
<i>Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>					
3669*	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	3,50	4,02	4,55
3670*	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	3,50	4,02	4,55
3671*	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	9,33	10,72	12,12
3672*	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch – einschließlich chemischer Reaktionen	250	14,57	16,76	18,94
3673*	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	570	33,22	38,21	43,19

III.3 Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3680*	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	90	5,25	6,03	6,82
3681*	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	570	33,22	38,21	43,19
3682*	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	120	6,99	8,04	9,09
3683*	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	14,57	16,76	18,94
3686*	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	4,08	4,69	5,30

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3688*	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	5,25	6,03	6,82
3689*	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	9,33	10,72	12,12
3690*	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	10,49	12,07	13,64
3691*	Hämoglobinelektrophorese	570	33,22	38,21	43,19
3692*	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	3,50	4,02	4,55
3693*	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis [bis zu drei Stimulatoren], Sauerstoffaufnahme [bis zu drei Stimulatoren], Luminiszenz [O ₂ -Radikale], Degranulierung), je Funktionstest	570	33,22	38,21	43,19
3694*	Lymphozytentransformationstest	570	33,22	38,21	43,19
3695*	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	6,99	8,04	9,09
3696*	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	570	33,22	38,21	43,19
3697*	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	250	14,57	16,76	18,94

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

3698*	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	26,23	30,16	34,10
3699*	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum	360	20,98	24,13	27,28

Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.

3700*	Tumorstammzellenassay – gegebenenfalls auch von Zellanteilen – zur Prüfung der Zytostatikansensibilität	2000	116,57	134,06	151,55
-------	---	------	--------	--------	--------

* Reduzierter Gebührenrahmen

III.4 Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3710*	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb)	90	5,25	6,03	6,82
3711*	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	40	2,33	2,68	3,03
3712*	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	14,57	16,76	18,94
3714*	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	2,33	2,68	3,03
3715*	Bikarbonat	60	3,50	4,02	4,55
3716*	Osmolalität	50	2,91	3,35	3,79

III.5 Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3721*	Glykierte Proteine	250	14,57	16,76	18,94
3722*	Fructosamin, photometrisch	70	4,08	4,69	5,30
3723*	Fruktose, photometrisch	200	11,66	13,41	15,15
3724*	D-Xylose, photometrisch	200	11,66	13,41	15,15
3725*	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	11,66	13,41	15,15
3726*	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	23,90	27,48	31,07
3727*	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	39,64	45,58	51,53
3728*	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	10,49	12,07	13,64
3729*	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	17,49	20,11	22,73

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3730*	Lipoprotein (a) (Lp[a]), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Elektroimmundiffusion	300	17,49	20,11	22,73

III.6 Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3735*	Albumin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	150	8,74	10,05	11,37
3736*	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	6,99	8,04	9,09
3737*	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	33,22	38,21	43,19
3738*	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	14,57	16,76	18,94
3739*	Alpha1-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3740*	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3741*	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	11,66	13,41	15,15
3742*	Ferritin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57	16,76	18,94
3743*	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3744*	Fibronectin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3745*	Beta2-Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3746*	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3747*	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3748*	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	11,66	13,41	15,15
3749*	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	11,66	13,41	15,15
3750*	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	570	33,22	38,21	43,19
3751*	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	2,33	2,68	3,03
3752*	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	6,99	8,04	9,09
3753*	Alpha2-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3754*	Mikroglobuline (Alpha1, Beta2), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	11,66	13,41	15,15
3755*	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	3,50	4,02	4,55
3756*	Myoglobin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	11,66	13,41	15,15
3758*	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	3,50	4,02	4,55
3759*	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3760*	Protein im Urin, photometrisch	70	4,08	4,69	5,30

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3761*	Proteinelektrophorese im Urin	250	14,57	16,76	18,94
3762*	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	40	2,33	2,68	3,03
3763*	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	33,22	38,21	43,19
3764*	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	14,57	16,76	18,94
3765*	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3766.H4*	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57	16,76	18,94
3767*	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3768*	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	20,98	24,13	27,28

III.7 Substrate, Metabolite, Enzyme

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3774*	Ammoniak (NH ₄)	220	12,82	14,75	16,67
3775*	Bilirubin im Fruchtwasser (E 450), spektralphotometrisch	180	10,49	12,07	13,64
3776*	Citrat, photometrisch	300	17,49	20,11	22,73
3777*	Gallensäuren, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	290	16,90	19,44	21,97
3778*	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	120	6,99	8,04	9,09
3779*	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	2,33	2,68	3,03
3780*	Kreatin	120	6,99	8,04	9,09

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3781*	Laktat, photometrisch	220	12,82	14,75	16,67
3782*	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	11,66	13,41	15,15
3783*	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	570	33,22	38,21	43,19
3784*	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	8,74	10,05	11,37
3785*	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	17,49	20,11	22,73
3786*	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	220	12,82	14,75	16,67
3787*	Chymotrypsin (Stuhl)	120	6,99	8,04	9,09
3788*	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	11,66	13,41	15,15
3789*	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulin-säure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	120	6,99	8,04	9,09
3790*	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	6,99	8,04	9,09
3791*	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	290	16,90	19,44	21,97
3792*	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3793*	Lysozym	120	6,99	8,04	9,09
3794*	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	11,66	13,41	15,15
3795*	Tatrat-hemm-bare saure Phosphatase (PSP)	110	6,41	7,37	8,34
3796*	Trypsin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	11,66	13,41	15,15

* Reduzierter Gebührenrahmen

III.8 Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

3805.H2* Basalmembran (GBM)

3806.H2* Centromerregion

3807.H2* Endomysium

3808.H2* Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)

3809.H2* Glatte Muskulatur (SMA)

3811.H2* Haut (AHA, BMA und ICS)

3812.H2* Herzmuskulatur (HMA)

3813.H2* Kerne (ANA)

3814.H2* Kollagen

3815.H2* Langerhans-Inseln (ICA)

3816.H2* Mikrosomen (Thyropoxidase)

3817.H2* Mikrosomen (Leber, Niere)

3818.H2* Mitochondrien (AMA)

3819.H2* nDNA

3820.H2* Nebenniere

3821.H2* Parietalzellen (PCA)

3822.H2* Skelettmuskulatur

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3823.H2*	Speicheldrüsengewebe				
3824.H2*	Spermien				
3825.H2*	Thyreoglobulin				
3826.H2*	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)				
3827.H2*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

510

29,73

34,19

38,64

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

- 3832* Basalmembran (GBM)
- 3833* Centromerregion
- 3834* Endomysium
- 3835* Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)
- 3836* Glatte Muskulatur (SMA)
- 3838* Haut (AHA, BMA und ICS)
- 3839* Herzmuskulatur
- 3840* Kerne (ANA)
- 3841* Kollagen
- 3842* Langerhans-Inseln (ICA)
- 3843* Mikrosomen (Thyroxinperoxidase)
- 3844* Mikrosomen (Leber, Niere)
- 3845* Mitochondrien (AMA)
- 3846* nDNA
- 3847* Parietalzellen (PCA)
- 3848* Skelettmuskulatur (SkMA)

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3849*	Speicheldrüsengewebe				
3850*	Spermien				
3852*	Thyreoglobulin				
3853*	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)				
3854*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese	300	17,49	20,11	22,73
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

3857*	dDNS				
3858*	Histone				
3859*	Ribonukleoprotein (RNP)				
3860*	Sm-Antigen				
3861*	SS-A-Antigen				
3862*	SS-B-Antigen				
3863*	Scl-70-Antigen				
3864*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

3868*	Azetylcholinrezeptoren				
3869*	Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion				

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3870*	Interferon alpha				
3871*	Mikrosomen (Thyroperoxydase)				
3872*	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)				
3873*	Myeloperoxydase (P-ANCA)				
3874*	Proteinase 3 (C-ANCA)				
3875*	Spermien				
3876*	Thyreoglobulin				
3877*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
3879*	Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	550	32,06	36,87	41,68
3881*	Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	290	16,90	19,44	21,97
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination	90	5,25	6,03	6,82
Katalog					
ANTIKÖRPER GEGEN					
3884*	Fc von IgM (Rheumafaktor)				
3885*	Thyreoglobulin (Boydentest)				
	Quantitative Behandlung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
Katalog					
ANTIKÖRPER GEGEN					
3886*	Fc von IgM (Rheumafaktor)				
3889*	Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	200	11,66	13,41	15,15

* Reduzierter Gebührenrahmen

III.9 Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3890*	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Mischallergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	14,57	16,76	18,94
3891*	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	14,57	16,76	18,94
3892*	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	200	11,66	13,41	15,15
3893*	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt IgE –, insgesamt	500	29,14	33,52	37,89
3894*	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt	900	52,46	60,33	68,20
3895*	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Fraktion	1100	64,12	73,73	83,35
3896*	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3897*	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,64
3898*	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10

III.10 Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3900.H3*	Ca 125, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	300	17,49	20,11	22,73
3901.H3*	Ca 15–3, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3902.H3*	Ca 19–9, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	300	17,49	20,11	22,73
3903.H3*	Ca 50, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3904.H3*	Ca 72–4, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3905.H3*	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57	16,76	18,94
3906.H3*	Cyfra 21–1, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3907.H3*	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligan- denassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3908.H3*	Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligan- denassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	300	17,49	20,11	22,73
3909.H3*	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3910.H3*	Thymidinkinase, Ligandenassay – einschließ- lich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve	450	26,23	30,16	34,10
3911.H3*	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligan- denassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10

III.11 Nukleinsäuren und ihre Metabolite

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3920*	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	900	52,46	60,33	68,20
3921*	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nuklein- säuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	8,74	10,05	11,37
3922*	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymeraseketten- reaktion (PCR)	500	29,14	33,52	37,89
3923*	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	67,03	75,77
3924*	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefrag- menten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfol- gender Detektion, je Sonde	300	17,49	20,11	22,73
3925*	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmen- ten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	34,97	40,22	45,46

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3926*	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	116,57	134,06	151,55

III.12 Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3930*	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41	7,37	8,34
3931*	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3932*	Blutungszeit	60	3,50	4,02	4,55
3933*	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	100	5,83	6,70	7,58
3934*	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3935*	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09
3936*	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	14,57	16,76	18,94
3937*	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	180	10,49	12,07	13,64
3938*	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	360	20,98	24,13	27,28
3939*	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	26,81	30,83	34,86
3940*	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	41,97	48,26	54,56
3941*	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57	16,76	18,94
3942*	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
3943*	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57	16,76	18,94
3944*	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	17,49	20,11	22,73
3945*	Heparin, chromogenes Substrat	140	8,16	9,38	10,61

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3946*	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	70	4,08	4,69	5,30
3947*	Plasmatauschversuch	460	26,81	30,83	34,86
3948*	Plasminogen, chromogenes Substrat	140	8,16	9,38	10,61
3949*	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	23,90	27,48	31,07
3950*	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Faktor	480	27,98	32,17	36,37
3951*	Protein C-Aktivität	450	26,23	30,16	34,10
3952*	Protein C-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3953*	Protein S-Aktivität	450	26,23	30,16	34,10
3954*	Protein S-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10
3955*	Reptilasezeit	100	5,83	6,70	7,58
3956*	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	11,66	13,41	15,15
3957*	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	180	10,49	12,07	13,64
3958*	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	27,98	32,17	36,37
3959*	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83	6,70	7,58
3960*	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08	4,69	5,30
3961*	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	52,46	60,33	68,20
3962*	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	60	3,50	4,02	4,55
3963*	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	27,98	32,17	36,37

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3964*	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	20,98	24,13	27,28
3965*	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	260	15,15	17,43	19,70
3966*	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97	40,22	45,46
3967*	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14	33,52	37,89
Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems		250	14,57	16,76	18,94
Katalog					
3968*	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis				
3969*	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden				
3970*	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis				
3971*	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden				

III.13 Blutgruppenmerkmale, HLA-System

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3980*	ABO-Merkmale	100	5,83	6,70	7,58
3981*	ABO-Merkmale und Isoagglutinine	180	10,49	12,07	13,64
3982*	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	300	17,49	20,11	22,73
3983*	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	500	29,14	33,52	37,89

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

Katalog					
3984*	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	6,99	8,04	9,09

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3985*	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Cw, Kell, Du, Duffy), je Merkmal	200	11,66	13,41	15,15
3986*	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	360	20,98	24,13	27,28
<i>Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i>					
3987*	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	140	8,16	9,38	10,61
3988*	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	11,66	13,41	15,15
3989*	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	60	3,50	4,02	4,55
3990*	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	70	4,08	4,69	5,30
3991*	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	100	5,83	6,70	7,58
3992*	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	30	1,75	2,01	2,27
3993*	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 3989 oder 3992	400	23,31	26,81	30,31

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
3994*	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	8,16	9,38	10,61
3995*	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	20,40	23,46	26,52
3996*	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	34,97	40,22	45,46
3997*	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antisera	120	6,99	8,04	9,09
3998*	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antisera im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	90	5,25	6,03	6,82
3999*	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	360	20,98	24,13	27,28
<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
4000*	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	11,66	13,41	15,15
4001*	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System	300	17,49	20,11	22,73
<i>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>					
4002*	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	100	5,83	6,70	7,58
4003*	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	23,31	26,81	30,31

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4004*	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	750	43,72	50,27	56,83
4005*	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	174,86	201,09	227,32
4006*	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	30	1,75	2,01	2,27
4007*	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	209,83	241,31	272,78
4008*	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72	167,58	189,43
4009*	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38	180,98	204,59
4010*	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63	53,62	60,62
4011*	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26	107,25	121,24
4012*	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	43,72	50,27	56,83
4013*	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender – einschließlich Kontrollen	4600	268,12	308,34	348,56
4014*	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	2300	134,06	154,17	174,28

III.14 Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Katalog					
4020*	Cortisol				
4021*	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)				
4022.H4*	Freies Trijodthyronin (fT3)				
4023.H4*	Freies Thyroxin (fT4)				
4024*	Humanes Choriongonadotropin (HCG)				
4025*	Insulin				
4026*	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)				
4027*	Östriol				
4028*	Plazentalaktogen (HPL)				
4029.H4*	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)				
4030*	Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)				
4031.H4*	Thyroxin				
4032.H4*	Trijodthyronin				
4033*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

350

20,40

23,46

26,52

Katalog					
4035*	17-Alpha-Hydroxyprogesteron				
4036*	Androstendion				
4037*	Dehydroepiandrosteron (DHEA)				
4038*	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)				
4039*	Östradiol				
4040*	Progesteron				
4041*	Prolaktin				

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4042*	Testosteron				
4043*	Wachstumshormon (HGH)				
4044*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve		480	27,98	32,17	36,37
Katalog					
4045*	Aldosteron				
4046*	C–Peptid				
4047*	Calcitonin				
4048*	cAMP				
4049*	Corticotropin (ACTH)				
4050*	Erythropoetin				
4051*	Gastrin				
4052*	Glukagon				
4053*	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität				
4054*	Osteocalcin				
4055*	Oxytocin				
4056*	Parathormon				
4057*	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten				
4058*	Reninkonzentration				
4060*	Somatomedin				
4061*	Vasopressin (Adiuretin, ADH)				
4062*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	750	43,72	50,27	56,83
Katalog					
4064*	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)				
4065*	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)				
4066*	Pankreatisches Polypeptid (PP)				
4067*	Parathyroid hormone related peptide				
4068*	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)				
4069*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4070*	Thyreoglobulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper	900	52,46	60,33	68,20
	Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie	570	33,22	38,21	43,19
Katalog					
4071*	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)				
4072*	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin				
4073*	Homovanillinsäure im Urin (HVA)				
4074*	Metanephrine				
4075*	Serotonin				
4076*	Steroidprofil				
4077*	Vanillinmandelsäure (VMA)				
4078*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4079*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektromie	350	20,40	23,46	26,52

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4080*	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09
4081*	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120	6,99	8,04	9,09
4082*	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	140	8,16	9,38	10,61
4083*	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und Bezugskurve – oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung	570	33,22	38,21	43,19
4084*	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	570	33,22	38,21	43,19
4085*	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	250	14,57	16,76	18,94
4086*	Östrogenrezeptoren – einschließlich Aufbereitung	1200	69,94	80,44	90,93
4087*	Progesteronrezeptoren – einschließlich Aufbereitung	1200	69,94	80,44	90,93
4088*	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) – einschließlich Aufbereitung	1200	69,94	80,44	90,93
4089*	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	26,23	30,16	34,10

* Reduzierter Gebührenrahmen

III.15 Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4090*	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,52	37,89
4091*	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,52	37,89
4092*	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	1140	66,45	76,41	86,38
4093*	Cortisoltagessprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	58,29	67,03	75,77
4094*	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	127,65	146,80	165,94
4095*	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	11,66	13,41	15,15
4096*	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	6,99	8,04	9,09
4097*	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,52	37,89
4098*	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,52	37,89
4099*	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,52	37,89
4100*	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	280	16,32	18,77	21,22
4101*	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	223,82	257,40	290,97
4102*	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	122,40	140,76	159,12
4103*	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	40,80	46,92	53,04
4104*	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	55,96	64,35	72,74
4105*	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	29,14	33,52	37,89

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4106*	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	223,82	257,40	290,97
4107*	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	52,46	60,33	68,20
4108*	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	11,66	13,41	15,15
4109*	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	58,29	67,03	75,77
4110*	MEGX-Test (Monoethylglycinxyldid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	29,14	33,52	37,89
4111*	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	700	40,80	46,92	53,04
4112*	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	167,87	193,05	218,23
4113*	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	111,91	128,70	145,49
4114*	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	111,91	128,70	145,49
4115*	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	111,91	128,70	145,49
4116*	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	62,95	72,39	81,84
4117*	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	29,14	33,52	37,89
4118*	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	41,97	48,26	54,56

III.16 Porphyrine und ihre Vorläufer

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4120*	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	33,22	38,21	43,19

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4121*	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57	16,76	18,94
4122*	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09
4123*	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	3,50	4,02	4,55
4124*	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	33,22	38,21	43,19
4125*	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	33,22	38,21	43,19
4126*	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	26,81	30,83	34,86

III.17 Spurenelemente, Vitamine

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4130*	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	6,99	8,04	9,09
4131*	Kupfer im Serum oder Plasma	40	2,33	2,68	3,03
4132*	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	23,90	27,48	31,07
4133*	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	23,90	27,48	31,07
4134*	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	23,90	27,48	31,07
4135*	Zink, Atomabsorption	90	5,25	6,03	6,82
4138*	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D ₂), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	27,98	32,17	36,37
4139*	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-[OH] ₂ D ₃ , Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	750	43,72	50,27	56,83
4140*	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57	16,76	18,94
Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie		360	20,98	24,13	27,28

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Katalog					
4141*	Vitamin A				
4142*	Vitamin E				
Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie					
		570	33,22	38,21	43,19
Katalog					
4144*	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)				
4145*	Vitamin B1				
4146*	Vitamin B6				
4147*	Vitamin K				

III.18 Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Untersuchung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve		250	14,57	16,76	18,94
Katalog					
4150*	Amikacin				
4151*	Amphetamin				
4152*	Azetaminophen				
4153*	Barbiturate				
4154*	Benzodiazepine				
4155*	Cannabinoide				
4156*	Carbamazepin				
4157*	Chinidin				
4158*	Cocainmetabolite				

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4160*	Desipramin				
4161*	Digitoxin				
4162*	Digoxin				
4163*	Disopyramid				
4164*	Ethosuximid				
4165*	Flecainid				
4166*	Gentamicin				
4167*	Lidocain				
4168*	Methadon				
4169*	Methotrexat				
4170*	N-Azetylprocainamid				
4171*	Netilmicin				
4172*	Opiate				
4173*	Phenobarbital				
4174*	Phenytoin				
4175*	Primidon				
4176*	Propaphenon				
4177*	Salizylat				
4178*	Streptomycin				
4179*	Theophyllin				
4180*	Tobramicin				
4181*	Valproinsäure				
4182*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
4185*	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	300	17,49	20,11	22,73

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchung mittels Ligandenassay – einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve	700	40,80	46,92	53,04

Katalog

4186* Amitryptilin

4187* Imipramin

4188* Nortriptylin

Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos	410	23,90	27,48	31,07
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

4190* Aluminium

4191* Arsen

4192* Blei

4193* Cadmium

4194* Chrom

4195* Gold

4196* Quecksilber

4197* Thallium

4198* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromato-graphie, je Untersuchung	360	20,98	24,13	27,28
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

4199* Amiodarone

4200* Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)

4201* Chinidin

4202* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	450	26,23	30,16	34,10
	Katalog				
4203*	Antibiotika				
4204*	Antimykotika				
	Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersu- chung	410	23,90	27,48	31,07
	Katalog				
4206*	Valproinsäure				
4207*	Ethanol				
4208*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
4209*	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nach- weis von exogenen Giften, je Untersuchung	480	27,98	32,17	36,37
4210*	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	900	52,46	60,33	68,20
4211*	Ethanol, photometrisch	150	8,74	10,05	11,37
4212*	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	250	14,57	16,76	18,94
4213*	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten R_f -Werten, je Untersuchung	360	20,98	24,13	27,28
4214*	Lithium	60	3,50	4,02	4,55

* Reduzierter Gebührenrahmen

III.19 Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr

für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25	6,03	6,82

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4220* Borrelia burgdorferi

4221* Brucellen

4222* Campylobacter

4223* Francisellen

4224* Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ

4225* Leptospiren

4226* Listerien, je Typ

4227* Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)

4228* Salmonellen-H-Antigene

4229* Salmonellen-O-Antigene

4230* Staphylolysin

4231* Streptolysin

4232* Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)

4233* Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ

4234* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	230	13,41	15,42	17,43
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4235*	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)				
4236*	Borrelia burgdorferi				
4237*	Brucellen				
4238*	Campylobacter				
4239*	Francisellen				
4240*	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ				
4241*	Leptospiren				
4242*	Listerien, je Typ				
4243*	Rickettsien				
4244*	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen				
4245*	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen				
4246*	Staphylolysin				
4247*	Streptolysin				
4248*	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)				
4249*	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ				
4250*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

- | | |
|-------|---------------------------------|
| 4251* | Bordetella pertussis |
| 4252* | Borrelia burgdorferi |
| 4253* | Chlamydia trachomatis |
| 4254* | Coxiella burneti |
| 4255* | Legionella pneumophila |
| 4256* | Leptospiren (IgA, IgG oder IgM) |

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4257*	Mycoplasma pneumoniae				
4258*	Rickettsien				
4259*	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)				
4260*	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)				
4261*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,64
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4263*	Bordetella pertussis				
4264*	Borrelia burgdorferi				
4265*	Chlamydia trachomatis				
4266*	Coxiella burneti				
4267*	Legionella pneumophila				
4268*	Mycoplasma pneumoniae				
4269*	Rickettsien				
4270*	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)				
4271*	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)				
4272*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	800	46,63	53,62	60,62
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

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

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57	16,76	18,94

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4275* Campylobacter

4276* Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)

4277* Chlamydia trachomatis

4278* Coxiella burneti

4279* Gonokokken

4280* Leptospiren

4281* Listerien

4282* Mycoplasma pneumoniae

4283* Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)

4284* Yersinien

4285* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	350	20,40	23,46	26,52
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4286* Borrelia burgdorferi

4287* Campylobacter

4288* Coxiella burneti

4289* Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)

4290* Mycoplasma pneumoniae

4291* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden					
Katalog					
4293*	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
4294*	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41	15,42	17,43
4295*	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistrep-todornase, ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,07	13,64
4296*	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistrept-odornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell	120	6,99	8,04	9,09
4297*	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09

III.20 Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25	6,03	6,82

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

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

4301* Röteln-Virus

4302* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99	16,09	18,19

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

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

4306* Röteln-Virus

4307* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4310* Adenoviren

4311* Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)

4312* Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)

4313* Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)

4314* Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus

4315* Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted

4316* Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)

4317* FSME-Virus

4318* Herpes simplex-Virus 1 (IgG)

4319* Herpes simplex-Virus 1 (IgM)

4320* Herpes simplex-Virus 2 (IgG)

4321* Herpes simplex-Virus 2 (IgM)

4322* HIV 1

4323* HIV 2

4324* Influenza A-Virus

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4325*	Influenza B-Virus				
4327*	Masern-Virus				
4328*	Mumps-Virus				
4329*	Parainfluenza-Virus 1				
4330*	Parainfluenza-Virus 2				
4331*	Parainfluenza-Virus 3				
4332*	Respiratory syncytial virus				
4333*	Tollwut-Virus				
4334*	Varizella-Zoster-Virus				
4335*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungs- methoden	510	29,73	34,19	38,64
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

- | | |
|-------|---|
| 4337* | Adenoviren |
| 4338* | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA) |
| 4339* | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG) |
| 4340* | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM) |
| 4341* | Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus |
| 4342* | Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted |
| 4343* | Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA) |
| 4344* | FSME-Virus |
| 4345* | Herpes simplex-Virus 1 (IgG) |
| 4346* | Herpes simplex-Virus 1 (IgM) |
| 4347* | Herpes simplex-Virus 2 (IgG) |

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4348*	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)				
4349*	HIV 1				
4350*	HIV 2				
4351*	Influenza A-Virus				
4352*	Influenza B-Virus				
4353*	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus				
4354*	Masern-Virus				
4355*	Mumps-Virus				
4356*	Parainfluenza-Virus 1				
4357*	Parainfluenza-Virus 2				
4358*	Parainfluenza-Virus 3				
4359*	Respiratory syncytial virus				
4360*	Röteln-Virus				
4361*	Tollwut-Virus				
4362*	Varizella-Zoster-Virus				
4363*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57	16,76	18,94
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

- | | |
|-------|--------------------------------------|
| 4365* | Adenoviren |
| 4366* | Coronaviren |
| 4367* | Influenza A-Virus |
| 4368* | Influenza B-Virus |
| 4369* | Influenza C-Virus |
| 4370* | Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus |

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4371*	Parainfluenza-Virus 1				
4371a*	Parainfluenza-Virus 2				
4372*	Parainfluenza-Virus 3				
4373*	Polyomaviren				
4374*	Reoviren				
4375*	Respiratory syncytial virus				
4376*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	240	13,99	16,09	18,19
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

- | | |
|--------------|---|
| 4378* | Cytomegalie-Virus (IgG und IgM) |
| 4379* | FSME-Virus (IgG und IgM) |
| 4380* | HBe-Antigen (IgG und IgM) |
| 4381* | HBs-Antigen |
| 4382* | Hepatitis A-Virus (IgG und IgM) |
| 4383* | Hepatitis A-Virus (IgM) |
| 4384* | Herpes simplex-Virus (IgG und IgM) |
| 4385* | Masern-Virus (IgG und IgM) |
| 4386* | Mumps-Virus (IgG und IgM) |
| 4387* | Röteln-Virus (IgG und IgM) |
| 4388* | Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM) |
| 4389* | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	300	17,49	20,11	22,73

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4390* Cytomegalie-Virus (IgM)

4391* Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)

4392* FSME-Virus (IgM)

4393* HBc-Antigen (IgG und IgM)

4394* Herpes simplex-Virus (IgM)

4395* HIV

4396* Masern-Virus (IgM)

4397* Mumps-Virus (IgM)

4398* Röteln-Virus (IgM)

4399* Varizella-Zoster-Virus (IgM)

4400* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	350	20,40	23,46	26,52
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4402* HBc-Antigen (IgM)

4403* HBe-Antigen (IgM)

4404* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Katalog					
ANTIKÖRPER GEGEN					
4405*	Delta-Antigen	800	46,63	53,62	60,62
4406*	Hepatitis C-Virus	400	23,31	26,81	30,31
Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden					
		800	46,63	53,62	60,62
Katalog					
ANTIKÖRPER GEGEN					
4408*	Hepatitis C-Virus, Immunoblot				
4409*	HIV, Immunoblot				

III.21 Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97
Katalog					
ANTIKÖRPER GEGEN					
4415*	Candida albicans				
4416*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,64
Katalog					

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
-----	----------	-----------	-------------	----------------	---------------

ANTIKÖRPER GEGEN

4418* Candida albicans

4419* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25	6,03	6,82
---	----	------	------	------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4421* Aspergillus

4422* Candida albicans

4423* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99	16,09	18,19
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4425* Aspergillus

4426* Candida albicans

4427* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

III.22 Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25	6,03	6,82

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4430* Echinokokken

4431* Schistosomen

4432* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99	16,09	18,19
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4435* Echinokokken

4436* Schistosomen

4437* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4440* Entamoeba histolytica

4441* Leishmanien

4442* Plasmodien

4443* Pneumocystis carinii

4444* Schistosomen

4445* Toxoplasma gondii

4446* Trypanosoma cruzi

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
-----	----------	-----------	-------------	----------------	---------------

4447* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungs- methoden	510	29,73	34,19	38,64
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4448* Entamoeba histolytica

4449* Leishmanien

4450* Pneumocystis carinii

4451* Plasmodien

4452* Schistosomen

4453* Toxoplasma gondii

4454* Trypanosoma cruzi

4455* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57	16,76	18,94
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4456* Echinokokken

4457* Entamoeba histolytica

4458* Leishmanien

4459* Toxoplasma gondii

4460* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Quantitative Bestimmung** von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve				
	** Vermutlich redaktioneller Fehler des Verordnungsgebers, gemeint ist wohl „Qualitativer Nachweis ...“	230	13,41	15,42	17,43

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4461* Toxoplasma gondii

4462* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	350	20,40	23,46	26,52
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

4465* Entamoeba histolytica

4466* Leishmanien

4467* Schistosomen

4468* Toxoplasma gondii

4469* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.** Reduzierter Gebührenrahmen

IV Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

IV.1 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

IV.1.a Untersuchungen im Nativmaterial

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum	130	7,58	8,71	9,85

Katalog

4500* Betahämolisierende Streptokokken Typ B

4501* Hämophilus influenzae Kapseltyp b

4502* Neisseria meningitidis Typen A und B

4503* Streptococcus pneumoniae

4504* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich einfacher Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	90	5,25	6,03	6,82
--	----	------	------	------

Katalog

4506* Methylenblaufärbung

4508* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich aufwendigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	110	6,41	7,37	8,34
--	-----	------	------	------

Katalog

4510* Giemsaefärbung (Punktate)

4511* Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)

4512* Ziehl-Neelsen-Färbung

4513* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen –, qualitativ, je Untersuchung	160	9,33	10,72	12,12
Katalog					
4515*	Auraminfärbung				
4516*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4518*	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	250	14,57	16,76	18,94
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
	Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
Katalog					
4520*	Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B				
4521*	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme				
4522*	Legionellen				
4523*	Neisseria meningitidis				
4524*	Neisseria gonorrhoeae				
4525*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.1.b Züchtung/Gewebekultur

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4530*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium	80	4,66	5,36	6,06
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4531*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium	100	5,83	6,70	7,58
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4532*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium	100	5,83	6,70	7,58
4533*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium	250	14,57	16,76	18,94
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4538*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	6,99	8,04	9,09
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4539*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4540*	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	23,31	26,81	30,31
4541*	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,40	23,46	26,52
4542*	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
4543*	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	29,14	33,52	37,89

IV.1.c Identifizierung/Typisierung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4545*	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	60	3,50	4,02	4,55
4546*	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	6,99	8,04	9,09
4547*	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	6,99	8,04	9,09
4548*	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	9,33	10,72	12,12
4549*	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe – mindestens zwanzig Reaktionen –, je Keim	240	13,99	16,09	18,19
4550*	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	19,23	22,12	25,01

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4551*	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakteri- um tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	17,49	20,11	22,73

*Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei
Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*

Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	60	3,50	4,02	4,55
--	----	------	------	------

Katalog

4553* Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)

4554* Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)

4555* Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)

4556* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.

4560* Lichtmikroskopische, immunologische Unter- suchung von angezüchteten Bakterien – ein- schließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97
---	-----	-------	-------	-------

Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

4561* Beta-hämolysierende Streptokokken

4562* Enteropathogene Escherichia coli-Stämme

4563* Legionellen

4564* Neisseria meningitidis

4565* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Meta- bolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90	27,48	31,07
--	-----	-------	-------	-------

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Katalog					
4567*	Anaerobier				
4568*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4570*	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie – einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion –, je Untersuchung	570	33,22	38,21	43,19
4571*	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22	38,21	43,19
Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum					
		120	6,99	8,04	9,09
Katalog					
4572*	Beta-hämolysierende Streptokokken				
4573*	Escherichia coli				
4574*	Salmonellen				
4575*	Shigellen				
4576*	Untersuchung mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung		250	14,57	16,76	18,94
Katalog					
4578*	Brucellen				
4579*	Pseudomonaden				
4580*	Staphylokokken				
4581*	Salmonellen				

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4582*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
4584*	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
4585*	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	350	20,40	23,46	26,52

IV.1.d Toxinnachweis

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

Katalog

- 4590*** Clostridium difficile, tetani oder botulinum
- 4591*** Enteropathogene Escherichia coli-Stämme
- 4592*** Staphylococcus aureus
- 4593*** Vibrionen
- 4594*** Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
--	-----	-------	-------	-------

Katalog

ANTIKÖRPER GEGEN

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4596*	Clostridium botulinum				
4597*	Corynebacterium diphtheriae				
4598*	Staphylokokkentoxin				
4599*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4601*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien- toxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	29,14	33,52	37,89
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.</i>					
<i>Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>					

IV.1.e Keimzahl, Hemmstoffe

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4605*	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Urili- ne®, Urotube®), semiquantitativ, je Urinunter- suchung	60	3,50	4,02	4,55
4606*	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbrin- gung des Untersuchungsmaterials, je Untersu- chungsmaterial	250	14,57	16,76	18,94
4607*	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50	4,02	4,55

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.1.f Empfindlichkeitstestung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4610*	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz	20	1,17	1,34	1,52
<i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>					
4611*	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75	2,01	2,27
4612*	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	2,91	3,35	3,79
4613*	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	4,37	5,03	5,68
4614*	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.2 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

IV.2.a Untersuchungen im Nativmaterial

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Latex-Agglutination), je Untersuchung	60	3,50	4,02	4,55

Katalog

4630* Rota-Viren

4631* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	80	4,66	5,36	6,06
---	----	------	------	------

Katalog

4633* Herpes simplex Viren

4634* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

4636* Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97
4637* Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	3180	185,35	213,16	240,96

Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
---	-----	-------	-------	-------

Katalog

4640* Adeno-Viren

4641* Hepatitis A-Viren

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4642*	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)				
4643*	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)				
4644*	Influenza-Viren				
4645*	Parainfluenza-Viren				
4646*	Rota-Viren				
4647*	Respiratory syncytial virus				
4648*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

IV.2.b Züchtung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4655*	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz	450	26,23	30,16	34,10

IV.2.c Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4665*	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	14,57	16,76	18,94
4666*	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4667*	Identifizierung von Viren durch Neutralisations- test, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
4668*	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Im- munoblotting, je Untersuchung	330	19,23	22,12	25,01
4670*	Lichtmikroskopische immunologische Unter- suchung zur Identifizierung von Viren – ein- schließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97
4671*	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35	213,16	240,96
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Anti- genen angezüchteter Viren, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
Katalog					
4675*	Adeno-Viren				
4676*	Influenza-Viren				
4677*	Parainfluenza-Viren				
4678*	Rota-Viren				
4679*	Respiratory syncytial virus				
4680*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

IV.3 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

IV.3.a Untersuchungen im Nativmaterial

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum	120	6,99	8,04	9,09
Katalog					

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4705*	Aspergillus				
4706*	Candida				
4707*	Kryptokokkus neoformans				
4708*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4710*	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	4,66	5,36	6,06
4711*	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	6,99	8,04	9,09
4712*	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97
4713*	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

IV.3.b Züchtung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4715*	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	100	5,83	6,70	7,58
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4716*	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wachstoffsatz), je Nährmedium	120	6,99	8,04	9,09

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4717*	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	6,99	8,04	9,09
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>					

IV.3.c Identifizierung/Charakterisierung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4720*	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99	8,04	9,09
4721*	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57	16,76	18,94
4722*	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) –, je Untersuchung	120	6,99	8,04	9,09
4723*	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97
4724*	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

IV.3.d Empfindlichkeitstestung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4727*	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99	8,04	9,09

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4728*	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	14,57	16,76	18,94

IV.4 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

IV.4.a Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) –, qualitativ, je Untersuchung	120	6,99	8,04	9,09

Katalog

4740* Amöben

4741* Lamblien

4742* Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)

4743* Trichomonaden

4744* Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier

4745* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) –, nach einfacher Anreicherung (z. B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung	160	9,33	10,72	12,12
---	-----	------	-------	-------

Katalog

4747* Amöben

4748* Lamblien

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4749*	Trichomonaden				
4750*	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier				
4751*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten – einschließlich aufwendigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung		250	14,57	16,76	18,94
Katalog					
4753*	Giemsafärbung (Blutausstrich) (z. B. Malariaplasmodien)				
4754*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4756*	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	200	11,66	13,41	15,15
4757*	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
4758*	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97
4759*	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.4.b Züchtung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

Katalog

4760* Amöben

4761* Lamblien

4762* Trichomonaden

4763* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

IV.4.c Identifizierung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung	120	6,99	8,04	9,09

Katalog

4765* Trichomonaden

4766* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

4768*	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94
--------------	---	-----	-------	-------	-------

IV.4.d Xenodiagnostische Untersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
	Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
Katalog					

4770* Trypanosoma cruzi

4771* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,15 FACH €	1,3 FACH €
4780*	Isolierung von Nukleinsäuren	900	52,46	60,33	68,20
4781*	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	8,74	10,05	11,37
4782*	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	29,14	33,52	37,89
4783*	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	33,52	37,89
4784*	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	67,03	75,77
4785*	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nicht-radioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	17,49	20,11	22,73
4786*	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	34,97	40,22	45,46
4787*	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	116,57	134,06	151,55

* Reduzierter Gebührenrahmen

N Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I Histologie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	217	12,65	29,09	44,27
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	289	16,85	38,74	58,96
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	289	16,85	38,74	58,96
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	289	16,85	38,74	58,96
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	289	16,85	38,74	58,96
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)	350	20,40	46,92	71,40
4816	Histologische Sofortuntersuchung und –begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	250	14,57	33,52	51,00

II Zytologie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
4850*	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material	87	5,07	9,13	12,68

Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.

4851*	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z. B. aus dem Genitale der Frau) – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material	130	7,58	13,64	18,94
-------	---	-----	------	-------	-------

Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.

4852*	Zytologische Untersuchung von z. B. Punkttaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –, je Untersuchungsmaterial	174	10,14	18,26	25,35
-------	--	-----	-------	-------	-------

4860*	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) – einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung –, auch mehrere Präparate	160	9,33	16,79	23,31
-------	---	-----	------	-------	-------

III Zytogenetik

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
4870*	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme	273	15,91	28,64	39,78

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
4871*	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme	289	16,85	30,32	42,11
4872*	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme	1950	113,66	204,59	284,15
4873*	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme	3030	176,61	317,90	441,53

* Reduzierter Gebührenrahmen

0 Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

I Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

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

I.1 Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
Zähne					
5000*	Zähne, je Projektion	50	2,91	5,25	7,29
<i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>					
5002*	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	14,57	26,23	36,43

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5004*	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	23,31	41,97	58,29
Finger oder Zehen					
5010*	jeweils in zwei Ebenen	180	10,49	18,89	26,23
5011*	ergänzende Ebene(n)	60	3,50	6,30	8,74
<i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>					
Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe					
5020*	jeweils in zwei Ebenen	220	12,82	23,08	32,06
5021*	ergänzende Ebene(n)	80	4,66	8,39	11,66
<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>					
Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk					
5030*	jeweils in zwei Ebenen	360	20,98	37,77	52,46
5031*	ergänzende Ebene(n)	100	5,83	10,49	14,57
<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>					
5035*	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	9,33	16,79	23,31
<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>					
5037*	Bestimmung des Skelettalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung	300	17,49	31,48	43,72
5040*	Beckenübersicht	300	17,49	31,48	43,72
5041*	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	11,66	20,98	29,14

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5050*	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	950	55,37	99,67	138,43
5060*	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	500	29,14	52,46	72,86
5070*	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Gelenk	400	23,31	41,97	58,29
5090*	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	23,31	41,97	58,29
5095*	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	11,66	20,98	29,14
5098*	Nasennebenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen	260	15,15	27,28	37,89
5100*	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	17,49	31,48	43,72
5101*	ergänzende Ebene(n)	160	9,33	16,79	23,31
5105*	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	23,31	41,97	58,29
5106*	ergänzende Ebene(n)	180	10,49	18,89	26,23
5110*	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	29,14	52,46	72,86
5111*	ergänzende Ebene(n)	200	11,66	20,98	29,14

Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.

5115*	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	23,31	41,97	58,29
-------	---	-----	-------	-------	-------

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5120*	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	15,15	27,28	37,89
5121*	ergänzende Ebene(n)	140	8,16	14,69	20,40

I.2 Hals- und Brustorgane

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5130*	Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen	280	16,32	29,38	40,80
5135*	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	16,32	29,38	40,80

Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

5137*	Brustorgane-Übersicht – gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) –, in mehreren Ebenen	450	26,23	47,21	65,57
5139*	Teil der Brustorgane	180	10,49	18,89	26,23

Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.

5140*	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	100	5,83	10,49	14,57
-------	--	-----	------	-------	-------

I.3 Bauch- und Verdauungsorgane

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5150*	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	550	32,06	57,70	80,15
5157*	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en)	700	40,80	73,44	102,00

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5158*	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung – einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150	1200	69,94	125,90	174,86
5159*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49	31,48	43,72
5163*	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde – einschließlich Durchleuchtung(en)	1300	75,77	136,39	189,43
5165*	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms – einschließlich Durchleuchtung(en)	700	40,80	73,44	102,00
5166*	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en)	1400	81,60	146,88	204,01
5167*	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane – einschließlich Durchleuchtung(en)	1000	58,29	104,92	145,72
5168*	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	800	46,63	83,93	116,57
5169*	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre	1100	64,12	115,41	160,29
5170*	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	23,31	41,97	58,29
5190*	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	17,49	31,48	43,72
<i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5191*	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	29,14	52,46	72,86
5192*	Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen	200	11,66	20,98	29,14
5200*	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels	600	34,97	62,95	87,43

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5201*	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	200	11,66	20,98	29,14
5220*	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Seite	300	17,49	31,48	43,72
5230*	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	300	17,49	31,48	43,72
5235*	Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	500	29,14	52,46	72,86
5250*	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en)	400	23,31	41,97	58,29

I.4 Spezialuntersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5260*	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	400	23,31	41,97	58,29

Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.

5265*	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	17,49	31,48	43,72
-------	--	-----	-------	-------	-------

Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

5266*	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	26,23	47,21	65,57
5267*	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	8,74	15,74	21,86

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5280*	Myelographie	750	43,72	78,69	109,29
5285*	Bronchographie – einschließlich Durchleuchtung(en)	450	26,23	47,21	65,57
5290*	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	37,89	68,20	94,72
5295*	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99	25,18	34,97
5298*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)				

Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

I.5 Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.
Die Leistungen nach den Nummern 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5300*	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	116,57	209,83	291,44
5301*	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie	400	23,31	41,97	58,29
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>					
5302*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
5303*	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29	104,92	145,72
5304*	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie	200	11,66	20,98	29,14

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>					
5305*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49	31,48	43,72
5306*	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	116,57	209,83	291,44
5307*	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	600	34,97	62,95	87,43
5308*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63	83,93	116,57
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5309*	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	1800	104,92	188,85	262,29
5310*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
5311*	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	58,29	104,92	145,72
5312*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
5313*	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung	800	46,63	83,93	116,57
<i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>					
5315*	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	2200	128,23	230,82	320,58
<i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5316*	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	3000	174,86	314,75	437,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>					

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5317*	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31	41,97	58,29
5318*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>					
5324*	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	2400	139,89	251,80	349,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
5325*	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	174,86	314,75	437,15
5326*	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31	41,97	58,29
5327*	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>					
5328*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5329*	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	1600	93,26	167,87	233,15
5330*	Venographie einer Extremität	750	43,72	78,69	109,29
5331*	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	11,66	20,98	29,14
5335*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung	800	46,63	–	–

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
	Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.				
5338*	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29	104,92	145,72
5339*	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 – einschließlich Durchleuchtung(en) –, insgesamt	250	14,57	26,23	36,43

I.6 Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5345*	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2800	163,20	293,77	408,01

Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.

5346*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
--------------	---	-----	-------	-------	-------

Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5348*	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	3800	221,49	398,69	553,73
Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.					
Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.					
5349*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	1000	58,29	104,92	145,72
Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.					
5351*	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach den Nummern 2826, 5345 oder 5348 – bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde	500	29,14	52,46	72,86
5352*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	58,29	104,92	145,72
5353*	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2000	116,57	209,83	291,44
Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.					
5354*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt	200	11,66	20,98	29,14

Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5355*	Einbringen von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>					
5356*	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2500	145,72	262,29	364,30
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i>					
5357*	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	3500	204,01	367,21	510,01
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i>					
5358*	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	4500	262,29	472,13	655,73
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i>					
5359*	Embolisation der Vena spermatica – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2500	145,72	262,29	364,30

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>					
5360*	Embolisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>					
5361*	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff	2600	151,55	272,78	378,87
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					

I.7 Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5369*	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	3000	174,86	314,75	437,15
<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
5370*	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs	2000	116,57	209,83	291,44
5371*	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	2300	134,06	241,31	335,15
5372*	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	151,55	272,78	378,87

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
<i>Die Nebeneinanderberechnung der Nummern 5370 bis 5372 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.</i>					
5373*	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	110,75	199,34	276,86
5374*	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen	1900	110,75	199,34	276,86
5375*	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>					
5376*	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmitteln) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375	500	29,14	52,46	72,86
5377*	Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion	800	46,63	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5378*	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>					
5380*	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	300	17,49	31,48	43,72

* Reduzierter Gebührenrahmen

II Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

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

II.1 Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

II.1.a Schilddrüse

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5400*	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile	350	20,40	36,72	51,00
5401*	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – einschließlich quantitativer Untersuchung –, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent – einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität)	1300	75,77	136,39	189,43
5402*	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en)	1000	58,29	104,92	145,72

Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5403*	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ I mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen	1200	69,94	125,90	174,86
-------	--	------	-------	--------	--------

Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

II.1.b Gehirn

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5410*	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	69,94	125,90	174,86
5411*	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	52,46	94,43	131,15

Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.

* Reduzierter Gebührenrahmen

II.1.c Lunge

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5415*	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion – mindestens vier Sichten/Projektionen –, insgesamt	1300	75,77	136,39	189,43
5416*	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	75,77	136,39	189,43

II.1.d Herz

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5420*	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung	1200	69,94	125,90	174,86
5421*	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung	3800	221,49	398,69	553,73
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.</i>					
5422*	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
5423*	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung	2000	116,57	209,83	291,44

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5424*	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung	2800	163,20	293,77	408,01

Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.

II.1.e Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5425*	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten	2250	131,15	236,06	327,87
5426*	Teilkörperskelettszintigraphie – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite	1260	73,44	132,20	183,60
5427*	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) – mindestens zwei Aufnahmen	400	23,31	41,97	58,29
5428*	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten	2250	131,15	236,06	327,87

II.1.f Tumorszintigraphie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch ¹³¹ I), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern					
5430*	eine Region	1200	69,94	125,90	174,86
5431*	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)	2250	131,15	236,06	327,87

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
-----	----------	-----------	-------------	---------------	---------------

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

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

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

II.1.g Nieren

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5440*	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards	2800	163,20	293,77	408,01
5441*	Perfusionsszintigraphie der Nieren – einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung	1600	93,26	167,87	233,15
5442*	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97	62,95	87,43

Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5443*	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach den Nummern 5440 oder 5441 – mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese)	700	40,80	73,44	102,00
5444*	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen	1000	58,29	104,92	145,72

Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

II.1.h Endokrine Organe

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5450*	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe – mit Ausnahme der Schilddrüse	1000	58,29	104,92	145,72

Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.

Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).

Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.

II.1.i Gastrointestinaltrakt

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5455*	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage – gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung –, Gallenwege – gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux –, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	1300	75,77	136,39	189,43
5456*	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	75,77	136,39	189,43

II.1.j Hämatologie, Angiologie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5460*	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite	900	52,46	94,43	131,15

Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5461*	Szintigraphische Untersuchung von Lymph-abflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten – gegebenenfalls einschließ-lich der kontralateralen Seite	2200	128,23	230,82	320,58
5462*	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulä-rer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivi-tätsbestimmungen	2200	128,23	230,82	320,58
5463*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14	52,46	72,86

Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern

5465*	eine Region	1260	73,44	132,20	183,60
5466*	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	2250	131,15	236,06	327,87

Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.

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

II.1.k Resorptions- und Exkretionsteste

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5470*	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioak-tiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor – einschließlich notwendiger Radioaktivi-tätsmessungen über dem Verteilungsraum	950	55,37	99,67	138,43

* Reduzierter Gebührenrahmen

II.1.1 Sonstige

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5472*	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung – auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle	950	55,37	99,67	138,43
5473*	Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster-Radionuklid-Passage)	900	52,46	94,43	131,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>					
5474*	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	78,69	141,64	196,72

II.1.m Mineralgehalt

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5475*	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	31,48	43,72

* Reduzierter Gebührenrahmen

II.1.n Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5480*	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung – mindestens zwei ROI	750	43,72	–	–
5481*	Sequenzszintigraphie – mindestens sechs Bilder in schneller Folge	680	39,64	–	–
5483*	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	39,64	–	–
5484*	In-vitro-Markierung von Blutzellen (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten), – einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen	1300	75,77	–	–
5485*	Messung mit dem Ganzkörperzähler – gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren	980	57,12	–	–

II.1.o Emissions-Computer-Tomographie

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5486*	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	69,94	125,90	174,86
5487*	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	116,57	209,83	291,44
5488*	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen	6000	349,72	629,50	874,31
5489*	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen	7500	437,15	786,88	1092,89

* Reduzierter Gebührenrahmen

II.2 Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5600*	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	144,55	260,19	361,38
5602*	Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350	78,69	141,64	196,72
5603*	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	62,95	113,31	157,38
5604*	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlgänge	2700	157,38	283,28	393,44
5605*	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	2250	131,15	236,06	327,87
5606*	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts – einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen	900	52,46	94,43	131,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>					
5607*	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen – einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität	1620	94,43	169,97	236,06

Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

III Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beachten.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5700*	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	4400	256,46	461,64	641,16
5705*	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	244,81	440,65	612,02
5715*	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	250,64	451,14	626,59
5720*	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	256,46	461,64	641,16
5721*	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	233,15	419,67	582,87
5729*	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	139,89	251,80	349,72
5730*	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	233,15	419,67	582,87
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.</i>					
5731*	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	58,29	104,92	145,72
5732*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	58,29	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5733*	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	46,63	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5735*	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	349,72	629,50	874,31

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

IV.1 Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5800*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	14,57	26,23	36,43

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)

5802*	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	11,66	20,98	29,14
5803*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	5,83	–	–

Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.

5805*	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,72
-------	--	------	-------	--------	--------

* Reduzierter Gebührenrahmen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5806*	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	116,57	209,83	291,44

IV.2 Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5810*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	11,66	20,98	29,14

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

5812*	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion	190	11,07	19,93	27,69
-------	--	-----	-------	-------	-------

Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.

5813*	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46	94,43	131,15
-------	---	-----	-------	-------	--------

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.3 Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5831*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	157,38	218,58
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>					
5832*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z. B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	500	29,14	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5833*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	116,57	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5834*	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	720	41,97	75,54	104,92
5835*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99	12,59	17,49
5836*	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,72
5837*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99	12,59	17,49

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.4 Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.

Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5840*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	157,38	218,58
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>					
5841*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	116,57	–	–
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5842*	Brachytherapie an der Körperoberfläche – einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation –, je Fraktion	300	17,49	31,48	43,72
5844*	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,72
5846*	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40	220,33	306,01

IV.5 Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5851*	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungsplanung	6900	402,18	723,93	1005,46
<i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5852*	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29	–	–
5853*	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57	–	–
5854*	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14	–	–

Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

* Reduzierter Gebührensatz

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	1,8 FACH €	2,5 FACH €
5855*	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18	723,93	1005,46

* Reduzierter Gebührenrahmen

P Sektionsleistungen

NR.	LEISTUNG	PUNKTZAHL	1 FACH €	2,3 FACH €	3,5 FACH €
6000	Vollständige innere Leichenschau – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose	1710	99,67	229,24	348,85
6001	Vollständige innere Leichenschau, die zusätzliche besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z. B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose	2300	134,06	308,34	469,21
6002	Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort der Exhumierung – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose	3200	186,52	428,99	652,82
6003	Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose	739	43,07	99,07	150,76
6010	Makroskopische neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche – einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose	400	23,31	53,62	81,60
6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je untersuchtes Organ	242	14,11	32,44	49,37
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je Knochen	300	17,49	40,22	61,20
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes	1045	60,91	140,09	213,19
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau – einschließlich des Befundes	300	17,49	40,22	61,20

Anhang: Besondere Abrechnungsvereinbarungen und gesetzliche Bestimmungen

1 Anwendungsbereich der GOÄ

Die GOÄ leitet sich aus § 11 der Bundesärzteordnung (BÄO) her, der die Bundesregierung ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeiten in einer Gebührenordnung zu regeln.

Die (Muster-) Berufsordnung bestimmt in § 12 Abs. 1 die GOÄ als Grundlage der Honorarforderung des Arztes, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten.

In der GOÄ selber legt § 1 Abs. 1 fest, dass sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte nach dieser Verordnung [der GOÄ] bestimmen, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

Somit ist die GOÄ immer dann anzuwenden, wenn Leistungen typischerweise in Ausübung des ärztlichen Berufes erbracht werden (und keine andere gesetzliche Vergütungsregelung dies aufhebt). Erbringt ein Arzt jedoch Leistungen, für deren Erbringung nicht die Berufsbezeichnung „Arzt“ erforderlich ist, die also auch von anderen Berufsgruppen in gleicher oder ähnlicher Weise erbracht werden können, muss nicht die GOÄ angewendet werden. Beispiele: schriftstellerische Tätigkeit, künstlerische Tätigkeit, in Forschung und Lehre.

Medizinische Gutachten sind keine „schriftstellerische“ oder „künstlerische“ Tätigkeit, sie fallen grundsätzlich unter den Geltungsbereich der GOÄ (Ausnahmen s. zu Nr. 1.2 und in der Übersicht).

Die GOÄ ist auch auf IGeL-Leistungen anzuwenden. Sie sind berufstypische Leistungen der Ärzte und ein Bundesgesetz, das eine Ausnahme begründen würde, gibt es nicht (BGH, Urteil vom 23.03.2006, AZ III ZR 223/05).

1.1 Keine Anwendung der GOÄ durch juristische Personen

Die GOÄ findet keine Anwendung, wenn ärztliche Leistungen im Rahmen eines Behandlungsvertrages mit juristischen Personen (z. B. Krankenhäusern oder in Gesellschaftsform betriebener Einrichtungen zur ambulanten Behandlung) erbracht werden. Ist der Arzt beamteter oder angestellter Mitarbeiter einer solchen Einrichtung, muss ihm zur GOÄ-Anwendung von der Einrichtung das Liquidationsrecht eingeräumt werden.

1.2 GOÄ-Anwendung im Verhältnis zwischen Leistungsträgern

Zweck der GOÄ ist, den Patienten vor einer Überforderung, den Arzt vor Preisdumping zu schützen. Werden ärztliche Leistungen im Verhältnis zwischen Leistungserbringern erbracht (z. B. Konsiliarleistungen gegenüber Krankenhäusern an dort stationär behandelten GKV-Versicherten) kann die Vergütung mit von den GOÄ-Faktoren abweichenden Steigerungssätzen oder auch ganz ohne Anwendung der GOÄ (z. B. durch Pauschalen) vereinbart werden (BGH, Urteil vom 15.12.2009, AZ III ZR 110/09).

Klarstellender Hinweis: Diese Ausnahme betrifft nicht den die Honorarforderung bezahlenden Patienten, z. B. den stationär behandelten Privatpatienten!

2 Ausnahme durch Bundesgesetzlichkeit

Nach § 1 Abs. 1 GOÄ gehen abweichende gesetzliche Regelungen des Bundes der GOÄ vor (vgl. zu 1.).

Die wichtigsten Ausnahmen von der Abrechnung ärztlicher Leistungen unter GOÄ-Anwendung begründende Bundesgesetze sind: (in eckigen Klammern Hinweise zu den wichtigsten Anwendungsbereichen)

- die Sozialgesetzbücher [„GKV, gesetzliche Unfallversicherung“]
- das „Justiz-Vergütungs-Erschädigungs-Gesetz“ (JVEG) [Gerichte, Staatsanwaltschaft, bestimmte Behörden]
- das Bundesversorgungsgesetz (BVG) [„Kriegsopfer“]
- das Bundesgesetz zur Erschädigung NS-Verfolgter (BEG) [„Zwangsarbeiter“]
- die Reichsversicherungsordnung (RVO) [„Schwangerschaft und Mutterschaft“]

Die meisten Ausnahmefälle sind durch die Sozialgesetzbücher begründet. Beispiele: Das SGB V mit dem EBM als Vergütungsregelung für die vertragsärztliche Versorgung, das SGB VII mit der BG-Behandlung, das SGB X mit der JVEG-Anwendung für bestimmte Behörden, das SGB XII für die Sozialhilfe.

2.1 Ausnahme durch Verträge/Vereinbarungen

Unter die Ausnahme von der GOÄ-Anwendung fallen nicht nur die Bundesgesetze selber, sondern auch vertragliche Regelungen, die infolge bundesgesetzlicher Bestimmungen ausdrücklich zugelassen oder gar vorgeschrieben sind. Beispiele: Die Verträge der KBV und der KV-en gem. § 75 Abs. 3 SGB V mit Trägern der freien Heilfürsorge (Bundeswehr, Bundespolizei, Zivildienst) mit der E-GO als Vergütungsgrundlage.

Nicht ausgeschlossen ist, dass in Bestimmungen oder vertraglichen Regelungen die GOÄ als Abrechnungsgrundlage gesetzlich vorgeschrieben oder vereinbart ist oder wird. Beispiele: Die Vereinbarung der KBV mit PKV und Beihilfe zur Vergütung ärztlicher Leistungen bei Basistarifversicherungen, die Vereinbarung der KBV mit der KVB (Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten) und der PBeaKK (Postbeamtenkrankenkasse).

Außer dem Anwendungsbereich können dabei auch explizit anzuwendende Steigerungsfaktoren oder auch Einschränkungen bei den anwendbaren GOÄ-Positionen vereinbart werden.

2.2 Ausnahme durch Vereinbarung von Verbänden

Verbände können auf der Grundlage von § 2 GOÄ (Abweichende Vereinbarung) bestimmte Gebührenhöhen vereinbaren. Beispiele: Vereinbarung der Bundesärztekammer, dem Hartmannbund, dem NAV-Virchowbund und dem Marburger Bund mit dem Bundesministerium der Verteidigung über die Inanspruchnahme ziviler Ärzte außerhalb des Sicherstellungsauftrages der KV-en, der KBV und dem Bundeseisenbahnvermögen über die Behandlung der durch Dienstunfall verletzten Bundesbahnbeamten, des Verbandes Leitender Krankenhausärzte (VLK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und den VLK-Vertrag mit der Bundesknappschaft.

3 Übersicht anzuwendender Gesetze, Gebührenordnungen und Steigerungsfaktoren

Gesetzliche und vertragliche Regelungen zum Anwendungsbereich der GOÄ, zur Anspruchsberechtigung der Patienten auf Privatbehandlung und zur Vergütung der ärztlichen Leistungen greifen

teils ineinander. Um diese Einführung und die nachfolgende Übersicht nicht zu überfrachten, sind voranstehend nur die Grundlagen erläutert und die Übersicht nicht vollständig. Insbesondere können die inzwischen kaum mehr überschaubaren Einzelvereinbarungen, z.B. Vereinbarungen zu ambulanten Operationen zwischen KV-en und einzelnen Kostenträgern oder im Rahmen von „Hausarztverträgen“, Wahltarife der GKV-en zur Kostenerstattung und Zusatzversicherungen privater Krankenversicherungen für GKV-Versicherte nicht berücksichtigt werden. Zu den zur GOÄ-Abrechnung führenden Verträgen ist die Fassung angegeben, auf der die jeweils angeführten GOÄ-Faktoren und Besonderheiten beruhen. Ggf. ist zu prüfen, ob diese noch aktuell ist.

Vor Behandlungsbeginn sollte der Patient gefragt werden, wie er versichert ist und ob evtl. Zusatzversicherungen bestehen.

Der Übersicht ist zu entnehmen, welche Gebührenordnung oder Gesetz anzuwenden ist und bei GOÄ-Anwendung die anwendbaren Steigerungsfaktoren. Spezielle Regelungen sowohl gesetzlicher als auch vertraglicher Art, z.B. zur Behandlungspflicht des Arztes gegenüber Patienten, zu gesetzlich oder vertraglich eingeschränktem Leistungsumfang und Gebührenhöhen sind ggf. den gesetzlichen Regelungen, den Verträgen und entsprechenden Kommentierungen zu entnehmen.

3.1 Verbindlichkeit der Regelungen

Prinzip ist, dass bei gesetzlicher Regelung der Arzt an die Anwendung der jeweiligen Gebührenordnung und ggf. an bestimmte Steigerungssätze der GOÄ gebunden ist, wenn der Patient vor Behandlungsbeginn als unter die Regelung fallend erkennbar ist. Beispiele: Vorlage der Versicherungskarte bei GKV-Versicherten, Beauftragung durch eine unter die Anwendung des JVEG fallende Behörde.

Bei vertraglichen Regelungen weist der Patient sich vor der Behandlung durch eine entsprechende Mitgliedskarte oder sonstigen Beleg aus oder eine Kostenübernahmeerklärung/Überweisung liegt vor. Beispiele: Basistarif, Bundespolizei. Weist der Arzt nicht vor Behandlungsbeginn darauf hin, dass er nicht nach den Regelungen der Vereinbarung/des Vertrages abrechnen wird, ist der Arzt grundsätzlich an den Vertrag gebunden und darf der Patient davon ausgehen, dass der Arzt nach den Regelungen der Vereinbarung/des Vertrages abrechnet.

Zu unterscheiden ist zwischen die Ärzte selber betreffenden Verträgen und Verträgen, die der Patient mit seinem Kostenträger hat. Beispiele: PBeaKK Gruppe B, PSKV. Weist der Patient sich vor der Behandlung entsprechend aus und weist der Arzt nicht vor Behandlungsbeginn darauf hin, dass er seine Abrechnung nicht an den Erstattungsbedingungen der Versicherung ausrichten wird, darf der Patient davon ausgehen, dass der Arzt nach den Regelungen der Vereinbarung/des Vertrages abrechnet.

Von diesen Prinzipien gibt es Ausnahmen und ist die rechtliche Bindung des Arztes teils auch umstritten. Beispiel: Bei Basistarifversicherten gilt der Vertrag nur für Vertragsärzte und ist umstritten, ob die KBV überhaupt Verträge zur Privatbehandlung abschließen darf. Entsprechende Ausführungen dazu finden sich in den Kommentierungen.

4 Übersicht

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Primärkassen		
Ortskrankenkassen Betriebskrankenkassen Innungskrankenkassen Landwirtschaftliche Krankenkassen Bundesknappschaft Seekasse Sozialhilfeträger	BMÄ	Grundlagen: SGB, BMV. Der BMÄ geht aus dem EBM und vertraglichen Zusätzen (KBV/Primärkassen) hervor.
Versorgungsämter		Bei Betreuung durch Ersatzkasse: E-GO
Zwischenstaatliche Abkommen		Bei Betreuung durch Ersatzkasse: E-GO
Ersatzkassen	E-GO	Grundlagen: SGB, BMV. Die E-GO geht aus dem EBM und vertraglichen Zusätzen (KBV/VdAK und AEV) hervor.
Bundespolizei		
Bundeswehr		Heilfürsorge. Außerhalb: s. „Bundeswehr“
Polizeibeamte		Heilfürsorge. Außerhalb: s. „Bundespolizei“. In Ba-Wü auch Feuerwehr.
Postbeamtenkran- kenkasse Gruppe A		Vgl. Postbeamtenkrankenkasse Gruppe B.
Zivildienst		
Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheid- ungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-recht- lichen Kostenträgern veranlasst werden		
Arbeitsagentur	JVEG	Grundlage: § 21 SGB X, der auf das JVEG verweist. Für Befundberichte: Vereinbarung der BÄK mit der Bundesagentur für Arbeit. 32,50 € zzgl. Kopien von Behandlungsunterlagen 0,50 €/Seite für die ersten 50 Kopien, dann 0,15 €/Seite. Muster für Befundberichte und Liquidation finden sich auf den Internetseiten der BÄK.

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Basistarifversicherte	GOÄ	Grundlage: § 75 Abs. 3a SGB V. Basistarifversicherte sind nicht für die Behandlung bei rein privatärztlich tätigen Ärzten versichert. Liquidation i.d.R. an den Patienten. Ggf. (mit Einverständnis des Patienten) auch Direktabrechnung mit der Versicherung. Seit dem 01.04.2010 Vereinbarung der KBV mit PKV/ Beihilfe: Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,0fach. Abschnitt M und Nr. 437: 0,9fach. Übrige Leistungen: 1,2fach. Stationär: Nur Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen (wie GKV-Patient). Zum Basistarif sind aber Zusatzversicherungen möglich.
Berufsgenossen- schaften	UV-GOÄ	Grundlage: Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII KBV/Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung/ landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.
Blutentnahmen bei Probanden auf Veran- lassung der Polizei	GOÄ	Grundlage: § 11 GOÄ Abrechnung zum 1,0fachen Trifft das JVEG zu (z. B. Beauftragung durch Staatsanwaltschaft): 9 € nach Nr. 307 der Anlage 2 JVEG (einschl. Niederschrift über die Feststellung der Identität)

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Bundesbahnbeamte Beitragsklasse I, II und III	GOÄ	Grundlage: Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten teilt ihre Mitglieder in die Beitragsklassen I bis IV ein. Die nachfolgend genannten Verträge bilden die Abrechnungsgrundlage für den Arzt. Zu den Beitragsklassen I bis III: Vertrag KBV/Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). Hier: Fassung vom 04.07.2001. Ambulante Behandlung: Rechnung an Patienten mit Zusatz „KVB-Vertrag“. Abschnitte A, E, O der GOÄ: 1,8fach. Abschnitt M und Nr. 437 GOÄ: 1,15fach. Übrige Leistungen: 2,2fach. Nach GOÄ nicht steigerungsfähige Leistungen: 1,0fach Stationär belegärztliche Behandlung: Wie bei ambulanter Behandlung, 15 % Abzug gem. § 6a GOÄ. Voll- und teilstationäre sowie vor- und nachstationäre wahlärztliche Behandlung: Grundlage: Vertrag des VLK mit der KVB. Hier: Fassung vom 01.01.2002. Rechnung an den Patienten mit Zusatz „KVB-Vertrag“. Abschnitte A, E, O der GOÄ: 1,8fach. M und Nr. 437: 1,15fach. Übrige Leistungen: 2,2fach. Nach GOÄ nicht steigerungsfähige Leistungen: 1,0fach. In begründeten Ausnahmefällen: Steigerung bis Abschnitte A, E, O: 2,315fach M und Nr. 437: 1,3fach Übrige Leistungen: 2,5fach. Bei Leistung nicht durch den Wahlarzt oder den ständigen Vertreter gelten das 1,8- (Abschnitte A, E, O) bzw. 1,3- (Abschnitt M und Nr. 437) bzw. 2,3fache (übrige Leistungen) als Höchstgrenzen. Minderung nach § 6a GOÄ beachten (25%)

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Bundesbahnbeamte Beitragsklasse IV	GOÄ	<i>Ambulante Behandlung:</i> <i>Rechnung an Patienten, normale Steigerungssätze der GOÄ.</i> <i>Voll- und teilstationäre sowie vor- und nachstationäre wahlärztliche Behandlung:</i> <i>Grundlage: Vertrag des VLK mit der KVB. Hier Fassung vom 01.01.2002.</i> <i>Normale Steigerungssätze der GOÄ.</i> <i>Dies gilt auch, wenn Mitglieder der Beitragsklassen I bis III die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer vereinbart haben.</i> <i>Minderung nach § 6a GOÄ beachten (25%)</i>
Bundesbahnbeamte Dienstunfall	GOÄ	<i>Grundlage: Vertrag KBV/Vorstand der Deutschen Bundesbahn. Hier: Fassung vom 01.10.2007.</i> <i>Abrechnung über Dienststelle Bundeseisenbahnvermögen, Berlin.</i> <i>Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,8fach.</i> <i>Abschnitt M und Nr. 437: 1,15fach.</i> <i>Übrige Leistungen: 1,85fach.</i> <i>Nach GOÄ nicht steigerungsfähige Leistungen: 1,0fach</i> <i>Besondere Positionen für Berichte, Gutachten etc.</i> <i>Bei Bundesbahnbeamten der Besoldungsgruppen A1 bis A8 gelten die o.a. Steigerungssätze als Höchstsätze, für die Besoldungsgruppen A9 und höher bemessen sich die Gebühren nach den Regelungen der GOÄ („normale“ Steigerungssätze).</i> <i>Stationäre Leistungen:</i> <i>nicht Vertragsinhalt</i> <i>(ggf. Zusatzversicherung erfragen)</i>
Bundesentschädigungsgesetz (Verfolgte des Nazi-Regimes)	E-GO	<i>Grundlage: § 227 BEG i.V.m. § 227c, § 26b BVG</i>

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Bundespolizei Leistungen im Sicher- stellungsauftrag	E-GO	Grundlage: § 75 Abs. 3 SGB V für Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Abrechnung über KV nach dem Vertrag der KBV mit dem Bundesministerium des Innern.
Bundespolizei Leistungen außerhalb des Sicherstellungs- auftrags	GOÄ	Nur für Leistungen außerhalb des Sicherstellungs- auftrags (der freien Heilfürsorge). Grundlage: Vereinbarung BÄK, Hartmannbund, NAV- Virchowbund, Marburger Bund/Bundesministerium des Innern. Hier: Fassung vom 01.09.2008. Ehemals „Bundesgrenzschutz“. Abrechnung gegenüber dem auf der Kostenüber- nahmeerklärung genannten Kostenträger. Die Vereinbarung gilt auch für (Bundes-) Polizeibeamte der Besoldungsgruppe A 8 und höher bei wahlärztlicher Behandlung. Ambulante Behandlung: Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,3fach. Abschnitt M: 1,0fach. Übrige Leistungen: 2,2fach. Nach GOÄ nicht steigerungsfähige Leistungen: 1,0fach Wahlärztliche Leistungen: Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,3fach. Abschnitt M: 1,0fach. Übrige Leistungen: 2,3fach. Nach GOÄ nicht steigerungsfähige Leistungen: 1,0fach
Bundeswehr Leistungen im Sicher- stellungsauftrag	E-GO	Grundlage: § 75 Abs. 3 SGB V für Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Abrechnung über KV nach dem Vertrag der KBV mit dem Bundesministeriums der Verteidigung.

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Bundeswehr Leistungen außerhalb des Sicherstellungs- auftrags	GOÄ	<i>Nur Leistungen außerhalb des Sicherstellungs- auftrags (der freien Heilfürsorge).</i> <i>Grundlage: Vereinbarung BÄK, Hartmannbund, NAV- Virchowbund, Marburger Bund/Bundesministerium der Verteidigung. Hier: Fassung vom 01.01.1997</i> <i>Abrechnung gegenüber der zuständigen Wehrbereichsverwaltung.</i> <i>Die Vereinbarung gilt auch für Soldaten der Besoldungsgruppe A 8 und höher bei wahlärztlicher Behandlung, fachärztliche Konsile bei in Bundeswehrkrankenhäusern stationär behandelten Zivilpersonen, bei Kostenübernahme der Bundeswehr für Soldaten fremder Staaten und deren Familienangehörige, bei Einzelleistungsvergütung von Vertragsärzten der Bundeswehr, soweit sie nach Einzelleistungen abgefunden werden und für ärztliche Leistungen, die nicht Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung sind und von den KV-en nicht sichergestellt werden können.</i> <i>Ambulante und belegärztlich-stationäre Behandlung: Abschnitte A, E und O: 1,1fach. Abschnitt M und Nr. 437: 1,0fach. Übrige Leistungen: 1,7fach</i> <i>Wahlärztliche Behandlung: Abschnitte A, E und O: 1,4fach. Abschnitt M und Nr. 437: 1,12fach. Übrige Leistungen: 2,2fach</i>
Entschädigungs- behörde Berlin	BMÄ	<i>Grundlage: Vereinbarung KV Berlin/ Landesverwaltungsamt Berlin. Hier: Fassung vom 01.01.1996.</i> <i>Betrifft die ärztliche Versorgung von Personen nach dem BEG (Bundesgesetz zur Entschädigung der Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung).</i>
Gerichte, Staatsan- waltschaft	JVEG	<i>Grundlage: JVEG Abrechnung nach dessen Bestimmungen.</i>
Gesundheitsämter	JVEG	<i>Grundlage: § 21 SGB X, der auf das JVEG verweist. Abrechnung nach dessen Bestimmungen.</i>
Jugendarbeitschutz	GOÄ	<i>Grundlage: § 44 Jugendarbeitsschutzgesetz, § 11 GOÄ Einfachsatz der GOÄ</i>
JVA	GOÄ	<i>JVA als Auftraggeber: Grundlage: § 11 GOÄ Abrechnung mit 1,0fach</i>

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Knappschaft	EBM	<i>Die Bundesknappschaft ist eine Primärkasse. Mitglieder der Bundesknappschaft sind keine Privatpatienten.</i> <i>Ambulante Behandlung:</i> <i>(GKV-) Abrechnung über Versichertenkarte.</i> <i>Ausnahme: Ärzte mit Knappschaftsverträgen, die direkt mit der Knappschaft abrechnen. Ggf. regionale Einzelverträge der KV-en beachten.</i> <i>Ggf. auch als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung („BG“).</i> <i>Belegärztlich-stationäre Behandlung:</i> <i>Krankenhaus rechnet belegärztliche Fallpauschale ab, Arzt gegenüber der KV mit den Leistungen des Kap. 36 EBM.</i>
	GOÄ	<i>Für stationäre, vor- und nachstationäre Leistungen im Krankenhaus:</i> <i>Vertrag des VLK mit der Bundesknappschaft i.d.F. vom 01.04.1999</i> <i>Abschnitte A und O der GOÄ: 1,56fach.</i> <i>Strahlenbehandlung: 0,98fach.</i> <i>Abschnitt M: 0,86fach.</i> <i>Übrige Leistungen: 1,95fach.</i> <i>Kein Abzug: Die Minderungspflicht ist schon berücksichtigt (§ 3 Abs. 2 des Vertrages)</i>

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Postbeamtenkranken- kasse Gruppe B	GOÄ	<i>Grundlage: Die PBeaKK hat eine Zwischenstellung zwischen gesetzlicher Krankenkasse und Privatversicherung. Dies beruht aus historischer Zeit noch im Kaiserreich. Sie ist eine Sozialeinrichtung der ehemaligen Deutschen Reichspost bzw. der Bundespost. 2005 wurde die PBeaKK mit dem Gesetz zur Reorganisation der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation (BAnstReogG) reformiert.</i> <i>Die PBeaKK teilt ihre Mitglieder in Gruppen ein. Die für den Arzt wichtigsten sind: A: Beamte, Ruheständler und Hinterbliebene des einfachen Dienstes B 1: ... des mittleren, gehobenen und höheren Dienstes</i> <i>Gruppe A: Die Abrechnung für Mitglieder der Gruppe A erfolgt nach E-GO. Privatleistungen sind nur möglich bei Überweisung zu einem Privatarzt durch den Vertragsarzt der PBeaKK.</i> <i>Gruppe B: Hierfür ist die PBeaKK wie eine „Beihilfestelle“ zu sehen.</i> <i>Der abrechnende Arzt ist bei den PBeaKK-versicherten Selbstzahlern (Gruppe B) nicht an die Erstattungssätze der PBeaKK gebunden. Es handelt sich hier nicht um einen Vertrag, der zur Anwendung bestimmter Steigerungssätze verpflichtet. Eine Bindungswirkung für den Arzt entsteht erst dann, wenn der Patient sein Versicherungsverhältnis vor Behandlungsbeginn offengelegt hat und der Arzt ihn nicht auf die von den Erstattungssätzen abweichende Abrechnung hingewiesen hat.</i> <i>Erstattungssätze der Gruppe B: Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,5fach. Abschnitt M und Nr. 437: 1,15fach. Übrige Leistungen: 1,9fach. Nach GOÄ nicht steigerungsfähige Leistungen: 1,0fach</i> <i>Höhere Faktoren werden „in besonders begründeten Fällen“ erstattet (Begründungen gemäß § 5 GOÄ, werden von der PBeaKK jedoch häufig erst bei näherer Erläuterung anerkannt).</i>

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Postbeamte Dienstunfall	GOÄ	Grundlage: Vertrag KBV/Deutsche Bundespost. Hier: Fassung vom 01.01.2006 Abrechnung über Unfallkasse Post und Telekom, Tübingen. Sonst wie Bundesbahnbeamte – Dienstunfall
Private studentische Krankenversicherung (PSKV)	GOÄ	Der PSKV-versicherte Student weist sich gegenüber dem Arzt mit Behandlungsausweis und Studentenausweis aus. Dabei ist auf die für das Semester aktuelle Beitragsmarke im Behandlungsausweis zu achten. Fehlt diese, besteht kein Versicherungsschutz. Der Student geht von der Abrechnung mit den Erstattungssätzen der PSKV aus, sofern der Arzt ihm vor Behandlungsbeginn nichts anderes mitteilt. Die Rechnung erfolgt auf den Namen des Patienten. Bei Einhaltung der u.a. Steigerungssätze ist die Direktabrechnung mit der jeweiligen PSKV (Rechnung dem Versicherungsunternehmen zusenden) möglich. Erstattungssätze: Bei ambulanter und stationär belegärztlicher Behandlung: Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,3fach, Abschnitt M und Nr. 437: 1,1fach. Übrige Leistungen: 1,7fach. Stationär privatärztliche (wahlärztliche) Leistungen sind nicht mitversichert.
Privatpatienten	GOÄ	Bei nicht von einer der angeführten gesetzlichen oder vertraglichen Ausnahmen betroffenen Privatpatienten gilt die GOÄ mit Anwendung der dort im § 5 angeführten Steigerungssätze.
Rentenversicherungs- träger	JVEG	Grundlage: § 21 SGB X, der auf das JVEG verweist. Abrechnung nach den dort angeführten Regelungen. Vergütung von Befundberichten in Anlehnung an das JVEG pauschal mit 25,20 € (Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund).

BEREICH	GEBÜHRENORDNUNG	ANMERKUNG
Standardtarif- versicherte	GOÄ	Grundlage: § 75 Abs. 3a SGB V. Damit ist der § 5b der GOÄ obsolet geworden. Standardtarifversicherte bekommen auch ambulante Behandlungen durch rein privatärztlich tätige Ärzte erstattet (Unterschied zu Basistarifversicherten!). Liquidation i.d.R. an den Patienten. Ggf. (mit Einverständnis des Patienten) auch Direktabrechnung mit der Versicherung. Abschnitte A, E und O der GOÄ: 1,38fach. Abschnitt M und Nr. 437: 1,16fach. Übrige Leistungen: 1,8fach. Stationär: Nur Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen (wie GKV-Patient). Zum Standardtarif sind keine Zusatzversicherungen möglich.
Zivildienst	E-GO	Grundlage: § 75 Abs. 3 SGB V im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Für Leistungen der ambulanten und belegärztlichen stationären Versorgung Abrechnung über KV nach dem Vertrag der KBV mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Index

A

Abdingung **52**
 Abdomenübersicht **5190**
 Abdruck durch Gips **3310**
 Abduktionsschienenverband **214**
 ABO-Merkmale **3980**
 Abort, operative Beendigung **1052**
 Abrasio
 —, der Gebärmutterhöhle **1104**
 —, Hornhaut **1339**
 Abstrichmaterial, Entnahme **297**
 Abszeßdiagnostik, szintigraphisch **5480**
 Abszeßeröffnung
 —, Douglasraum **1136**
 —, intraabdominal **3137**
 —, paranephritisch **1826**
 —, peritonissilär **1505,1507**
 —, retropharyngeal **1506**
 —, subkutan **2428**
 —, subphrenisch **3136**
 —, tiefliegend **2430**
 —, Zunge **1511**
 Abszeßpunktion **303**
 Achillessehnenruptur **2073**
 Adaptaion, Untersuchung **1233**
 Adenom der Schilddrüse, Eukleation **2755**
 Adenotomie **1493**
 Aderhauttumor, Koagulation **1369**
 Aderlaß **285**
 Adhäsiolyse, laparoskopisch **701**
 Adnex-Operation **1145**
 Adnex-Tumor, Punktion **317**
 Afterschließmuskel
 —, blutige Erweiterung **3237**
 —, Dehnung **3236**
 Afterverschluß,
 —, oberflächlich **3215**
 —, tiefreichend **3216**
 Agnosie, Untersuchung **830**
 Akkommodationsbreite, Messung **1203**
 Akneknoten, Stacheln oder Öffnen **758**
 Akupunktur **269**
 Akustikusneurinom, Operation **2551**
 Akustisch evozierte Potentiale **828,1408**
 Albumin, photometrisch **3570**
 Alkali-Neutralisationszeit, Bestimmung **759**
 Alkali-Resistenzbestimmung **760**
 Alkalische Phosphatase **3587**
 Allergeninjektion, subkutan **261**
 Allergenspezifisches Immunglobulin **3890**

Allergiediagnostik **385**
 Alpha-Amylase **3512,3588**
 Alpha-Fetoprotein **3743**
 Alveolarfortsatz, Reposition **2686**
 Ambulante Operationen und Anästhesien
 —, Zuschläge **440**
 Aminosäuren **3735**
 Amioskopie **1010**
 Amniozentese **1011**
 Amputation, Gliedmaßen **2170**
 —, Penis **1747**
 Amthauer-Test **856**
 Amylase **3512,3588**
 Amylase-Clearance **3610**
 Anästhesie **450**
 —, ambulant **446**
 Analatresie, Operation **3217**
 Analfissur, Operation **3219**
 Analfistel, Operation **3220**
 Analoge Bewertung **§ 6, Abs. 2**
 Analspekulum-Untersuchung **705**
 Analtonometrie **1791**
 Anamnese
 —, biographisch **807**
 —, Fremdanamnese **835**
 —, homöopathisch **30,31**
 —, neurosenpsychologisch **860**
 Angiographie **5300**
 —, computergestützt **5335**
 —, Kontrastmitteleinbringung **346**
 Angiokardiographie **5315**
 —, Kontrastmitteleinbringung **355**
 Angioplastie, perkutan, transluminal **5345**
 Angioplastiemethoden, andere **5355**
 Anomaloskop-Untersuchung **1229**
 Anti-Streptolysin **3523,4231,4247,4293**
 Antibiotogramm **4610**
 Antibiotikakonzentration **4203**
 Antikörpersuchtest **3987**
 Antinukleare Antikörper
 —, Subformen **3857**
 —, Antithrombin III **3930**
 Antroskopie **1466**
 Anus praeter, Anlegen **3207,3210**
 —, Unterweisung des Patienten **3211**
 —, Verschluß **3208,3209**
 Aortenaneurysma, Operation **2827**
 Aortenkatheter, beim Neugeborenen **283**
 Appendektomie **3200**
 Appendix-Kontrastdarstellung **5163**

- Applanationsstomometrie **1256**
- Apraxie, Untersuchung **830**
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung **70**
- Arterie
- , Embolisation **5357**
 - , Entnahme zum Gefäßersatz **2807**
 - , perkutane transluminale Dilatation **5345**
 - , rekonstruktive Operation **2820**
 - , Unterbindung oder Naht **2801**
 - , Verletzung im Extremitätenbereich **2809**
- Arteriendruckmessung
- , am freigelegten Gefäß **2804**
 - , blutig **648**
 - , Digitalarterien **638**
 - , dopplersonographisch **643**
- Arterienpulsschreibung **638**
- Arterienpunktion **250**
- Arteriographie **5300**
- Arteriovenöser Shunt
- , Anlage **2895**
 - , Beseitigung **2897**
- Arthrodese **2130**
- Arthrographie **5050**
- , Kontrastmitteleinbringung **373**
- Arthroplastik **2134**
- Arthroskopie, diagnostisch **2196, 3300**
- arthroskopische Operation **2189**
- Arzneimittel, Kostenersatz **§ 10**
- Arzneimittelkonzentrationen **4150**
- Arztbrief **70**
- ASL **3523, 4231, 4247, 4293**
- Assistenten-Hinzuziehung **62**
- AST **3516, 3595**
- Aszitespunktion **315**
- Atemgrenzwert, Bestimmung **608**
- Atemgymnastik **505**
- Atemstoßtest **608**
- Atemwegwiderstand, Bestimmung **603**
- Atherektomie **5355**
- Attest **70**
- Audioelektroenzephalographie **828, 1408**
- Audiometrie **1403**
- Aufbauplastik der Mamma **2415**
- Aufwachphase, ambulante Operationen **448**
- Augapfel
- , Entfernung **1370**
 - , Entnahme bei einem Toten **104**
- Auge
- , Analyse des Bewegungsablaufes **1218**
 - , Fremdkörperentfernung **1275**
 - , Fremdkörperlokalisation **1250**
 - , künstliches **1271**
 - , Sonographie **410**
- Augenhintergrund
- , binokulare Untersuchung **1242**
 - , Fluoreszenzuntersuchung **1248**
- Augenhöhle
- , Ausräumung **1373**
 - , Fremdkörperentfernung **1283**
 - , operative Ausräumung **1373**
 - , Punktion **304**
 - , Rekonstruktion **1290**
 - , Tumorentfernung **1283**
- Augenhöhlenphlegmone, Operation **1292**
- Augeninnendruck
- , Messung **1255**
 - , operative Regulierung **1358**
- Augenlid
- , Plastik **1310**
 - , Rekonstruktion **2443**
- Augenmuskel, Operation **1330**
- Augenvorderkammer
- , Eröffnung **1356**
 - , Glaskörperentfernung **384**
- Ausscheidungsurographie **5200**
- Auswurffraktion des Herzens, nuklearmedizinische Bestimmung **5420, 5472**
- Autogenes Training **846**

B

- Badekur,
- , Verordnung und Leitung **77**
- Badeverfahren **531**
- Bakterielle Toxine
- , Untersuchung **4542**
- Bakterien
- , Empfindlichkeitstestung **4610**
 - , Gewebekultur **4530**
 - , Identifizierung **4545**
 - , Keimzahlbestimmung **4605**
 - , lichtmikroskopische Untersuchung **4506**
 - , Metabolitprofil **4567**
 - , Nativuntersuchungen **4500**
 - , Untersuchung durch Phagentypisierung **4578**
- Bakterienantigene
- , Antikörper **4220**
 - , Nachweis durch Präzipitation **4596**
 - , Nachweis mittels Ligandenassay **4561**
 - , qualitative Untersuchung des Nativmaterials **4520**
 - , qualitativer Nachweis von Antikörpern **4220, 4251**
 - , quantitative Bestimmung **4235, 4263**
- Bakterientoxine
- , Nachweis durch Präzipitation **4596**
 - , Nachweis mittels Ligandenassay **4590**
- Bakteriologische Untersuchungen **4601**
- Ballonsondentamponade **703**

- Band
- , plastischer Ersatz **2104**
 - , primäre Naht oder Reinsertion **2105**
 - , primäre Naht oder Reinsertion am Kniegelenk **2104**
- Bandruptur
- , Akromioklavikulargelenk **2224**
 - , Daumengrundgelenk **2105**
 - , Kniegelenk **2104**
 - , Sprunggelenk **2106**
- Bandscheibe, Chemonukleolyse **2279**
- Bandscheibenvorfall, Operation **2282**
- Basaliom
- , chemo-chirurgische Behandlung **757**
 - , Strahlenbehandlung **5600**
- Bauchhöhle
- , endoskopische Untersuchung **700**
 - , Eröffnung **3135**
 - , Punktion **307**
- Beatmung **427**
- Beckenbodenplastik **1126**
- Beckenendlage,
- Geburtsleitung **1022, 1025**
- Beckenfraktur, Reposition **2329**
- Beckenkamm, Punktion **311**
- Beckenosteotomie **2148, 2165**
- Beckenübersicht **5040**
- Beck'sche Bohrung **2346**
- Befundbericht **75**
- Befundübermittlung **2**
- Begleitung
- , psychisch Kranker **833**
 - , somatisch Kranker **55**
- Begutachtung, humangenetisch **80, 85**
- Behandlungsplan, bei Chemotherapie und Nachsorge **78**
- Beinlappenplastik **2395**
- Beinvenen, Thrombus-Expression **763**
- Beistand (Assistenz) **61**
- Belastungs-EKG **652**
- Beratung **1**
- , eingehend **3**
 - , Erörterung **34**
 - , humangenetisch **21**
 - , in Gruppen **20**
 - , Schwangerschaftskonflikt **22**
- Bescheinigung **70**
- Besprechung mit dem Psychotherapeuten **865**
- Bestrahlungsplanung **5800, 5810, 5831, 5840**
- Besuch **50**
- , auf Pflegestation **48**
 - , bei weiterem Kranken **51**
 - , durch Praxispersonal **52**
- Beta-hämolisierende Streptokokken Gruppe B, qualitativer Nachweis **4520**
- Beugesehne, Naht **2073**
- Bewegungsübungen **510**
- Bezugsperson
- , eingehende Unterweisung bei psychisch krankem Kind **817**
 - , Unterweisung **4**
- Biliodigestive Anastomose **3188**
- Biliroth-Operation **3145**
- Bilirubin
- , direkt **3582**
 - , gesamt **3581**
 - , im Fruchtwasser **3775**
- Bilobektomie **2998**
- Bindegewebsmassage **523**
- Bindehaut
- , Ätzung **1313**
 - , Fremdkörperentfernung **1275**
 - , Injektion **1320**
 - , Wundnaht **1325**
- Bindehautsack, plastische Wiederherstellung **1319**
- Binet-Simon-Test **856**
- Binokularer Sehakt, Prüfung **1216**
- Binokularmikroskopie des Trommelfells **1415**
- Biographische Anamnese
- , kinderpsychiatrisch **807**
 - , neurosenpsychologisch **860**
- Biopsie
- , endoskopisch, im Magen-Darm-Trakt **695**
 - , transbronchial **678**
- Bird-Respirator zur Inhalationstherapie **501**
- Blasendruckmessung **1794**
- Blasenmole, Ausräumung **1060**
- Blasensteinertrümmerung **1800**
- Blinkreflex, Messung **829**
- Blut im Stuhl, Teststreifenuntersuchung **3500, 3650**
- Blutadergeschwulst, operative Entfernung **2885**
- Blutausstrich
- , Differenzierung **3680**
 - , mikroskopische Differenzierung **3502**
- Blutausaustauschtransfusion **287**
- Blutbild **3550**
- Blutdruck,
- , blutige Messung **648**
 - , gesteuerte Senkung **480**
 - , Langzeit **654**
- Blutdruckmessung **2**
- Blutegelbehandlung **747**
- Blutentnahme
- , bei einem Toten **102**
 - , beim Feten **1012**
 - , beim Kind (kapillar) **250**
 - , durch Arterienpunktion **251**
 - , durch Venenpunktion **250**
 - , transfemorale aus der Nierenvene **262**
- Blutgasanalyse **665, 3710**

—, beim Feten **1013**
 Blutgefäß
 —, Druckmessungen **2804**
 —, Flußmessungen **2805**
 —, Unterbindung **2801**
 Blutgruppenmerkmale **3980**
 Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit
 (BSG) **3501, 3711**
 Blutleere bzw. -sperre **2029**
 Blutstillung
 —, Mund-Kieferbereich **2660**
 —, nach Tonsillektomie **1501**
 —, Nase **1435**
 —, postpartal **1042**
 —, uterin **1082**
 —, vaginal **1081**
 Bluttamponade der Harnblase, Ausräumung **1797**
 Blutungszeit **3932**
 Blutzuckertagesprofil **3611**
 Bobath-Therapie **725**
 Bodyplethysmographie **610, 612**
 Bohrlochtrepation **2515**
 Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden **5840**
 Brain-Mapping **827**
 Break-up-time, Messung **1209**
 Bronchialanästhesie **489**
 Bronchialer Provokationstest **397**
 Bronchographie **5285**
 —, Kontrastmitteleinbringung **368**
 Bronchoskopie **677**
 Bronchotomie **3000**
 Bruchoperation **3280**
 Brustbein, Reposition **2326**
 Brustdrüse
 —, Absetzen **2411**
 —, Aufbauplastik **2415**
 —, Reduktionsplastik **2414**
 —, Teilresektion **2411**
 Brusthöhle, Eröffnung **2990**
 Brustkorbdeformität, Operation **2960**
 Brustwandseite, operative Stabilisierung **2334**
 Brustwandteilresektion **2956**
 Brustwarze, Operation **2417**
 BSG **3501, 3711**
 Bühler-Hetzer-Test **856**
 Büllau-Drainage **2970**
 Bulboskopie **684, 691**
 Bypassoperation
 —, arteriell **2839**
 —, Koronararterien **3088**
 —, venös **2888**

C

C-reaktives Protein **3524, 3741**
 CAPD: *siehe unter Peritonealdialyse*
 Calcium **3555**
 Cauda equina, Operation **2571**
 Cerclage **1129**
 —, Entfernung **1131**
 Chassaignac-Syndrom, Einrenkung **2226**
 Check-up-Untersuchung **29**
 Chemo-chirurgische Behandlung **756**
 Chemonukleolyse einer Bandscheibe **2279**
 Chirotherapeutischer Eingriff **3305**
 Chlorid **3556**
 Choanenverschluß, Operation **1458**
 Cholangiographie **5170**
 Choledochoskopie, intraoperativ **3121**
 Choledochusrevision **3187**
 Cholesteatom-Operation **1601**
 Cholesterin **3562**
 Cholezystektomie **3186**
 Cholinesterase **3589**
 Chorionzottenbiopsie **2402**
 Chromatin-Bestimmung **4870**
 Chromo-Zystoskopie **1789**
 Chromosomenanalyse **4872**
 Chronaxie, Bestimmung **829, 840**
 Chronisch Kranker
 —, ambulante Betreuung **15**
 —, Gruppenberatung **20**
 Cineangiographie **5324**
 CK **3590**
 CK-MB **3591**
 —, Ligandenassay **3788**
 Clearance, nuklearmedizinische Bestimmung **5444**
 Colon: *siehe unter Kolon*
 Compliance, Bestimmung **611**
 Computertomographie **5369**
 —, als SPECT **5486**
 Condylomata acuminata
 —, Chemo-chirurgische Behandlung **756**
 Coombs-Test
 —, direkt **3997**
 —, indirekt **3987**
 Cornea: *siehe unter Hornhaut*
 Corneoskleralfäden, Entfernung **1279**
 Crossektomie **2883**
 CRP **3524, 3741**
 Crutchfield-Zange, Anlegen **2183**
 Cyclosporin **4185**

D

Dachziegelverband **201**

Dämmerungssehen, Untersuchung **1235**
Dammriß
—, Versorgung **1044**
—, alt **1120**
Darm
—, hoher Einlauf **533**
—, Operationen **3165**
Darmbad, subaqual **533**
Darmbeinknochen, Resektion **2266**
Darmmobilisation, operativ **3172**
Darmperforation, Naht **3144**
Darmwandperforation, operative Versorgung **3144**
Dauerkatheter, Einlegen **1732**
Dauertrophnfusion **274**
Daumen
—, Amputation **2170**
—, plastischer Ersatz **2054**
Daumengrundgelenk, Bandnaht **2105**
Defäkographie **5167**
Defibrillation **430**
Dekortikation der Lunge **2975**
Denervierung von Gelenken **2120**
Denver-Skala **715**
Dermafett-Transplantat **2385**
Dermatoskopie **750**
Desault-Verband **204**
Desensibilisierung **263**
Diabetiker-Schulung **33**
Diätplan **76**
Diaphanoskopie, Kieferhöhle **1414**
Diaphragma-Hernie, Operation **3280**
Diasklerale Durchleuchtung **1243**
Dickdarm: *siehe unter Kolon*
Dienstunfähigkeitsbescheinigung **70**
Diffusionskapazität, Bestimmung **615**
Digitalarterien, Pulsschreibung oder Druckmessung **638**
Digitale Radiographie, Zuschlag **5298**
Digitaluntersuchung des Mastdarms **11**
Digoxin **4162**
Dilatation von Arterien, perkutan transluminal **5345**
Diskographie **5260**
—, Kontrastmitteleinbringung **372**
Distraktor-Behandlung **2273**
Doppelbildung, Operation **2043**
Doppler-Echokardiographie **424**
—, farbcodiert **406, 424**
Doppler-Sonographie
—, Extremitätenarterien, bidirektional **644**
—, Extremitätenarterien, unidirektional **643**
—, Extremitätenvenen, bidirektional **644**
—, Extremitätenvenen, unidirektional **643**
—, Frequenzspektrumanalyse **404**
—, hirnversorgende Gefäße **645**
—, Penisgefäße **1754**

—, Skrotalfächer **1754**
—, transkranial **649**
Douglas-Abszeß, Eröffnung **1136**
Douglaspunktion **316**
Drahtaufhängung, oro-fazial **2696**
Drahtextension **218**
Drahtfixation, perkutan **2347, 2349**
Drahtstiftung **2060, 2062**
—, Entfernung **2061, 2063**
Drahtumschlingung des Unterkiefers **2696**
Drainage, transhepatisch **5361**
Drainagespülung **2093**
Drogen-Bestimmung **4150**
DSA **5300, 5335**
Ductus Botalli, Operation **2824**
Dünndarm, Kontrastmitteleinbringung **374**
Dünndarm-Anastomose **3167**
Dünndarm-Saugbiopsie **697**
Duodenalsaft, Ausheberung **672**
Duodenoskopie **684**
Duplex Sonographie **401, 406, 424**
Dupuytren'sche Kontraktur
—, Operation **2087**
—, Durchleuchtungen **5295**
Dysgnathie, operative Kieferverlagerung **2640, 2642**

E

Echoenzephalographie **669**
Echokardiographie
—, eindimensional **422**
—, zweidimensional **423**
Eden-Hybinette-Operation **2220**
EEG **827**
Eigenblutinjektion **284**
Eigenblutkonserve
—, Blutentnahme **288**
—, Reinfusion **286, 286a**
Eileiter
—, Durchblasung **1112**
—, Durchgängigkeitsprüfung **1113**
Eileiterschwangerschaft: *siehe unter Extrauterinschwan-
gerschaft*
Eingehende Untersuchung **5, 800**
Eingeklemmter Bruch, Zurückbringen **3282**
Einmalartikel, Kostenersatz **§ 10**
Einrenkung von Luxationen **2203**
Einrichtung von Knochen **2320**
Einschwemmkatheter-Untersuchung **630, 632**
—, mittels Swan-Ganz-Katheter **630, 632**
Eisen **3620**
Eizellkultur bei IVF **4873**
Ejektionsfraktion, nuklearmedizinische Bestimmung **5420**

- EKG **650**
- EKG-Monitoring **650**
- Ektropium, plastische Korrektur **1304**
- Elektro-Defibrillation des Herzens **430**
- Elektroenzephalographie **827**
- , Brain-Mapping **827**
 - , Langzeit-EEG **827a**
 - , Schlaf-EEG **827**
 - , Video-EEG **827**
- Elektroglottographie **1557**
- Elektrokardiographie
- , Belastungs-EKG **652**
 - , intrakavitär **656**
 - , Langzeit-EKG **659**
 - , Ösophagusableitung **655**
 - , telemetrisch **653**
 - , vektorkardiographisch **657**
- Elektrokardioskopie im Notfall **431**
- Elektrokrampftherapie **837**
- Elektrolyte **3710**
- Elektrolytgehalt im Schweiß Bestimmung **752**
- Elektromyographie
- , Augenmuskeln **560**
 - , Nadelelektroden **838**
 - , Oberflächenelektroden **838**
- Elektronenmikroskopie **4815**
- Elektroneurographie
- , motorisch **832**
 - , motorisch mit EMG **839**
 - , sensibel mit Nadelelektroden **840**
 - , sensibel mit Oberflächenelektroden **829**
- Elektronystagmographie **1413**
- Elektrophoreseverfahren **3735**
- Elektrostimulation bei Lähmungen **555**
- Elektrostimulation des Herzens **430**
- , permanenter Schrittmacher **3095**
 - , temporärer Schrittmacher **631**
- Elektrostimulator, Implantation bei Skoliose oder Pseudoarthrose **2291**
- Elektrotherapie **548**
- Elektrotonographie **1257**
- Embolektomie
- , intrakraniell **2530**
 - , kardial **3075**
- Embolisation
- , Arterie **5357**
 - , transpenil **1759**
 - , Vene **5359**
- Embryo-Transfer **1114**
- Embryotomie **1031**
- Emmet-Plastik, Nagel **2035**
- Emissions-Computer-Tomographie **5486**
- Enddarm
- , Ätzung **768**
 - , Infrarotkoagulation **699**
 - , Kryochirurgie **698**
- Endobronchiale Behandlung **1532**
- Endodrainage, Anlage **3205**
- Endoprothese
- , ersatzlose Entfernung **2167**
 - , Hüftgelenk **2149**
 - , Kniegelenk **2153**
 - , Wechsel **2150, 2154**
- Endoptische Wahrnehmung, Prüfung **1243**
- Entbindung **1021**
- Enterostomie **3206**
- Entlastungsinzision **2427**
- Entropium, plastische Korrektur **1304**
- Entschädigungen **§ 7**
- Entwicklungs-Tests **856**
- Entwicklungsdiagnostik **715**
- Entwicklungstherapie
- , funktionell **719**
 - , sensomotorisch **725**
- Entzündungsherd, szintigraphische Suche **5465**
- Enzephalozele, Operation **2538**
- Enzyme **3774**
- Epidermisstücke
- Transplantation **2380**
- Epiduralanästhesie **471**
- Epidurales Hämatom, Operation **2502**
- Epikanthus, plastische Korrektur **1302**
- Epikondylitis, Operation **2072, 2295**
- Epikutan-Test **380**
- Epilation
- , Elektrokoagulation **742**
 - , strahlentherapeutisch **5600**
 - , Wimpernhaare **1323**
- Epilepsiebehandlung, neuropsychiatrisch **816**
- Episiotomie, Anlegen und Wundversorgung **1044**
- Epispade **1746**
- ERCP
- , endoskopisch-retrograd **5170**
 - , Kontrastmitteleinbringung **370, 692**
- Erörterung
- , bei lebensbedrohender Krankheit **34**
 - , konsiliarisch **60**
- Erythemschwellenwertbestimmung **761**
- Erythrozyten, Einzelbestimmung **3504**
- Erythrozyten-Lebenszeit, nuklearmedizinische Bestimmung **5462**
- ESWL **1860**
- Ethanol **4211**
- Eustachische Röhre
- , Insufflation **1589**
 - , Katheterismus **1590**
- Evozierte Potentiale, Messung **828**
- Exartikulation **2158**

Exfoliativzytologie **4850**
 Exophthalmometrie **1244**
 Exostosen-Abmeißelung **2295**
 Extensionsbehandlung
 —, Crutchfield-Zange **2183**
 —, Extensionstisch **516**
 —, Glissonschlinge **515**
 —, Haloapparat **2184**
 —, kombiniert **514**
 Externa, großflächiges Auftragen **209**
 Extrakorporale Befruchtung: *siehe unter in-vitro-Fertilisation*
 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie **1860**
 Extrakorporale Zirkulation **3050**
 Extraterinschwangerschaft, mikrochirurgische Operation **1048**
 Exzision **2401**

F

Fadenoperation nach Cüppers **1332**
 Fäden, Entfernung **2007**
 Farbsinnprüfung
 —, differenzierend **1228**
 —, mit Anomaloskop **1229**
 —, orientierend **1228**
 Farnkrauttest **4052, 4850**
 Faszie
 —, Naht **2073**
 —, plastische Ausschneidung **2064**
 Fazialisdekompression **1625**
 Fazialislähmung, Wiederherstellungsoperation **2451**
 Fehlgeburt
 —, instrumentale Einleitung **1050**
 —, operative Beendigung **1052**
 Feinfokustechnik **5115**
 Femoralhernie, Operation **3285**
 Fensterungsoperation **1620**
 Fernrohrbrille, Bestimmung **1215**
 Ferritin **3742**
 Fersenbeinbruch, Osteosynthese **2345**
 Fetalblutanalyse (FBA) **1014**
 Fetale Fehlbildungsdiagnostik A **A1008**
 Fettgewebe, operative Entfernung **2454**
 Fettschürze, Exstirpation **2452**
 Fibrinogen **3933**
 Fibrinolyse-System **3930**
 Fibromatose, operative Entfernung **2670**
 Finger
 —, Amputation **2170**
 —, Operation **2030**
 —, Replantation **2053**
 —, Röntgenuntersuchung **5000**
 —, Tumorexstirpation **2040**
 Fingergelenk
 —, Bandplastik **2105**
 —, Drahtstiftung **2062**
 —, Exartikulation **2158**
 —, operative Eröffnung **2155**
 —, Punktion **300**
 —, Reposition **2205, 2210**
 Fingernagel
 —, Ausrottung **2034**
 —, Extraktion **2033**
 —, Spangenanlage **2036**
 Fingerverlängerung, Operation **2050**
 Fistel
 —, perianal **3220**
 —, Röntgenuntersuchung **5260**
 —, Sondierung oder Katheterisierung **321**
 —, Spaltung **2008**
 Fixateur extern, Anbringen **2273**
 Flügelfell, Operation **1321**
 Fluoreszenzangiographie am Augenhintergrund **1249**
 Flußvolumenkurve **605a**
 Fragebogentest **857**
 Fraktur, Reposition **2320**
 Freies Thyroxin **4023**
 Fremdanamnese **4**
 —, Erhebung über psychisch Kranken **835**
 Fremdkörperentfernung
 —, Augenhöhle **1283**
 —, Augeninneres **1280**
 —, Bindehaut **1275**
 —, Bronchien **3000**
 —, Gehörgang **1569**
 —, Gelenk **2118**
 —, Harnröhre männlich **1703**
 —, Harnröhre weiblich **1711**
 —, Hornhaut **1275**
 —, Kehlkopf **1528**
 —, Kiefer **2651**
 —, Knochen **2010**
 —, Magen **3156**
 —, Mastdarm **3238**
 —, Mundhöhle oder Rachen **1508**
 —, Nase **1427**
 —, oberflächlich **2009**
 —, Paukenhöhle **1569**
 —, Scheide eines Kindes **1080**
 —, Speiseröhre **681**
 —, tiefsitzend **2010**
 Frenulum
 —, Durchtrennung **1742**
 —, plastische Operation **1741**
 Frequenzspektrumanalyse **404**
 Fruchtwasserentnahme **1111**

Früherkennungsuntersuchung
 —, Kinder **26**
 —, Krebs bei Frauen **27**
 —, Krebs bei Männern **28**
 Funduplicatio **3280**
 Fundusfotographie **1252**
 Funktionelle Entwicklung Untersuchung **716**
 Funktionsdiagnostik, vegetativ **831**
 Funktionsszintigraphie **5473**
 Funktionstest **857**
 Funktionsteste **4090**
 Furunkel, Exzision **2428**
 Fuß, Exartikulation **2159**
 Fußmißbildung
 —, Operation **2067**
 —, Redressement **3301**
 Fußplattenresektion **1623**

G

Galaktographie **5260**
 —, Kontrastmitteleinbringung **370**
 Gallenblase, Exstirpation **3186**
 Gallengang, Drainageplatzierung **692a**
 Gallenwege, Operation **3187**
 Gametentransfer, intratubar **1114**
 Gamma-GT **3513, 3592**
 Ganglion, Exstirpation **2404**
 —, Fingergelenk **2052**
 —, Hand- oder Fußgelenk **2051**
 —, Punktion **303**
 —, Schädelbasis **2600**
 Ganglion Gasseri, Verödung usw. **2597**
 Ganzkörperplethysmographie **610**
 Gasanalyse **615**
 Gastroenterostomie **3158**
 Gastrokamera **676**
 Gastroschisis, Operation **3287**
 Gastroskopie **682**
 —, als Video-Endoskopie **682**
 —, Lasereinsatz **706**
 —, mit Varizensklerosierung **691**
 Gastrotomie **3150**
 Gaumen, Verschuß **2625, 2627**
 Gaumenmandeln
 —, konservative Behandlung **1498**
 —, Resektion **1499**
 Gebärmutter
 —, Abrasio **1104**
 —, Antefixation **1147**
 —, Aufrichtung **1049**
 —, Exstirpation **1138**
 —, Lageverbesserung durch Ringeinlage **1088**

—, Myomenukleation **1137**
 —, operative Reposition **1095**
 —, Tamponade **1082**
 Gebärmutterhals: siehe unter Zervix
 Gebärmutterhöhle, Zellmaterialgewinnung **1105**
 Gebrauchsakkommodation, Messung **1203**
 Geburtsleitung **1022**
 Gefäßendoskopie **686**
 Gefäßersatz, Entnahme **2807**
 Gehgipsverband **231**
 Gehirn, Teilresektion **2535**
 Gehörgang
 —, Ätzung **1578**
 —, Fremdkörperentfernung **1569**
 —, Furunkelspaltung **1567**
 —, Kauterisation **1580**
 —, Operation **1568**
 —, plastische Herstellung **1596**
 —, Polypentfernung **1586**
 —, Rekonstruktion **1621**
 —, Zeruminalpfropfentfernung **1565**
 Gelenk
 —, Arthroplastik **2134**
 —, Bandnaht oder Bandplastik **2104**
 —, Chirotherapie **3306**
 —, Drainage **2032**
 —, endoprothetischer Ersatz **2140**
 —, endoskopische Untersuchung **3300**
 —, Exartikulation **2158**
 —, Fixierung mittels Drahtstiftung **2060, 2062**
 —, Fremdkörperentfernung **2119**
 —, Injektion **255**
 —, Kapselnaht **2100**
 —, mobilisierende Behandlung **3305**
 —, Mobilisierung in Narkose **2181**
 —, Punktion **300**
 —, Reposition **2203**
 —, Resektion **2122**
 —, Synovektomie **2110**
 —, Versteifung **2130**
 Gerinnungssystem **3930**
 Geruchs- oder Geschmacksprüfung **825**
 Gesamt-Protein **3573**
 Geschwulst, Exzision **2403**
 Gesichtsnarbe, operative Korrektur **2441**
 Gesichtsspalte, plastisch-chirurgische Behandlung **2622**
 Gesundheitsuntersuchung **29**
 GIFT: siehe unter Gametentransfer
 Gilchrist-Verband **204**
 Gips, Abdruck oder Modellherstellung **3310**
 Gipsbett **240**
 Gipsfixation, zu einem Verband **208**
 Gipsschienenverband **228, 237**
 Gipstutor **230**

Gipsverband
 —, Abnahme **246**
 —, Änderung **247**
 —, zirkulär **230**
 Glaskörperchirurgie **1368**
 Glaskörperstrangdurchtrennung **1383**
 Glaukom, Operation **1361, 1382**
 GLDH **3593**
 Gleichgewichtsprüfung **826, 1412**
 Glissonschnelle **515**
 Glukose **3514, 3560**
 Glukose-Toleranztest, intravenös **3612**
 —, oral **3613**
 Glutamatdehydrogenase **3593**
 Glykierte Hämoglobine **3561**
 Glykierte Proteine **3721**
 Gonioskopie **1241**
 Gonioreparation **1382**
 GOT **3515, 3594**
 GPT **3516, 3595**
 Gramfärbung **3510, 4511, 4553**
 Grauer Star
 —, Operation **1348, 1374**
 —, Grenzstrangblockade **497**
 —, Resektion **2601**
 Großhirntumor, Exstirpation **2527**
 Grundumsatzbestimmung **665**
 Gutachten **85**
 Gutachtliche Äußerung, schriftlich **80, 85**
 Guthrie-Test **3758**

H

Haare, Epilation **742, 1323**
 Habituelle Schulterluxation
 —, Operation nach Eden-Hybinette **2220**
 —, Rotationsosteotomie **2252**
 Hämangiom, Exstirpation **2585**
 Hämapherese, therapeutisch **792**
 Hämatokepos, operative Eröffnung **1061**
 Hämatokrit **3503**
 Hämatom
 —, operative Ausräumung **2397**
 —, intrakraniell **2502**
 —, Punktion **303**
 Hämatometra, Operation **1099**
 Hämatothorax
 —, Ausräumung **2976**
 —, Drainage **2970**
 Hämodialyse
 —, ärztliche Betreuung **790**
 —, Shuntanlage **2895**
 Hämofiltration

—, ärztliche Betreuung **790**
 —, arterio-venös **792**
 Hämoglobin **3517**
 Hämoglobin-Untersuchungen **3689**
 Hämorrhoiden
 —, Infrarotkoagulation **699**
 —, Ligatur **766**
 —, Operation nach Milligan-Morgan **3241**
 —, Operatio nach Parks **3241**
 —, Sklerosierung **764**
 Hallux-valgus-Operation **2295**
 Hab-Extension, Anlegen **2184**
 Halsstiel, Exstirpation **2752, 2754**
 Halskrawattenverband **204**
 Halswirbelbruch, konservative Behandlung **2183, 2323**
 Halszyste, Exstirpation **2752, 2754**
 Haltevorrichtung im Kieferbereich **2700**
 Hammer-Amboß-Extraktion **1588**
 Hammerzehe, Stellungskorrektur **2080**
 Handgelenk: siehe unter Gelenk
 Handmißbildung, Operation **2067**
 Handwurzelknochen
 —, Ersatz durch Implantat **2268**
 —, Resektion **2263**
 Harnblase, Anästhesie **488**
 —, Ausräumung einer Bluttamponade **1797**
 —, Divertikeloperation **1804**
 —, endoskopische Untersuchung **1785**
 —, Exstirpation **1808**
 —, Fistelkatheter **A1833a**
 —, Katheterisierung **1728, 1730**
 —, manometrische Untersuchung **1793**
 —, operative Bildung **1807**
 —, operative Eröffnung **1801**
 —, Punktion **318**
 —, Spülung **1729, 1731, 1733**
 —, tonographische Untersuchung **1791**
 —, transurethraler Eingriff **1802**
 —, Tumorentfernung **1805**
 —, Verweilkathetereinslage **1732**
 Harnblasenfstel
 —, Katheterwechsel **1833**
 —, operative Anlage **1796**
 —, perkutane Anlage **1795**
 Harnblasenhals-Resektion **1782**
 Harnblasenstein
 —, endoskopische Entfernung **1800**
 —, operative Entfernung **1817**
 Harnblasenverletzung, operative Versorgung **1723**
 Harninkontinenz
 —, Implantation eines künstlichen Schließmuskels **1781**
 —, Operation nach Marshall-Marchetti **1780**
 Harnleiter, Bougierung **1814**
 —, endoskopische Untersuchung **1827**

- , Freilegung **1829**
- , plastische Operation **1825**
- , Segmentresektion **1819**
- , Sondierung **321**
- , Verpflanzung **1823**
- Harnleiterostium, Schlitzung **1816**
- Harnleiterstein
 - , operative Entfernung **1817**
 - , Schlingenextraktion **1815**
 - , transkutane Pyeloskopie **1853**
 - , Ureterorenoskopie **1827**
- Harnröhre
 - , Anästhesie **488**
 - , Dehnung **1701, 1710**
 - , endoskopische Untersuchung **1712, 1713**
 - , Fremdkörperentfernung **1703, 1711**
 - , Kalibrierung **1708**
 - , Schlitzung unter Sicht **1802**
 - , Spülung **1700**
- Harnröhrendivertikel, Operation **1724**
- Harnröhrenfistel
 - , Anlage **1720**
 - , Verschuß **1721**
 - , Harnröhrenmündung
 - , Tumorentfernung **1714**
- Harnröhrenstriktur
 - , plastische Operation **1724**
 - , Spaltung nach Otis **1715**
 - , Spaltung unter Sicht **A1716**
- Harnröhrenverletzung
 - , operative Versorgung **1723**
 - , Harnsäure **3518, 3583**
 - , Harnstoff **3584**
- Haus-Baum-Mensch-Test **857**
- Haut
 - , Allergietestung **385**
 - , chemochirurgische Behandlung **756**
 - , Fädenentfernung **2007**
 - , Fräsen **743**
 - , Fremdkörperentfernung **2009**
 - , hochtouriges Schleifen **755**
 - , Kauterisation **746**
 - , Kryotherapie **740**
 - , Photochemotherapie (PUVA) **565**
 - , Phototherapie **566**
 - , Skarifikation **748**
 - , Stanzen **744**
 - , thermographische Untersuchung **623**
 - , UV-Bestrahlung **560**
 - , Verschorfung **741**
 - , Haut-Expander, Auffüllung **265a**
 - , Implantation **2396**
- Hautdefekt, plastische Deckung **2380**
- Hautfunktionsproben **759**
- Hautkrankheit, externe Behandlung **209**
- HAWIE **856**
- HbA1 **3561**
- HBDH **3596**
- HBs-Antigen, Antikörperbestimmung **4381**
- HDL-Cholesterin **3563**
- Heimdialyse **790**
- Heißluftbehandlung **535**
- Heißpackung **530**
- Helibrücke-Tafeln **716**
- Hemikolektomie **3170**
- Hemilaminektomie **2555**
- Heparin **3945**
- Hernie
 - , Operation **3280**
 - , Reposition bei Einklemmung **3282**
- Herz
 - , Bypass-Operation **3088**
 - , Divertikelentfernung **3076**
 - , Fremdkörperentfernung **3075**
 - , Klappenoperation **3085**
 - , Kontrastuntersuchung **5335**
 - , Tumorentfernung **3076**
- Herz-Lungen-Maschine **3050**
- Herzbeutel
 - , operative Maßnahmen **3065**
 - , Punktion **310**
- Herzfehler, Operation **3068**
- Herzfunktionsdiagnostik, szintigraphisch **5420**
- Herzkammerscheidewanddefekt, Operation **3077**
- Herzkatheterismus **628**
- Herzmassage
 - , extrathorakal **429**
 - , intrathorakal **2991**
- Herzmuskel, Biopsie **3067**
- Verletzung, operative Versorgung **3071**
- Herzrhythmusstörungen, operative Korrektur **3091**
- Herzschrötmacher
 - , Aggregatwechsel **3096**
 - , Elektrodenwechsel **3097**
 - , Entnahme bei einem Toten **107**
 - , Implantation **3095**
 - , Impulsanalyse **661**
 - , Impulsanalyse mit Umprogrammierung **661**
 - , temporär **631**
- Herzwandaneurysma, operative Entfernung **3076**
- Herzzeitvolumen, Messung **647**
- Heterophone-Prüfung **1216**
- High-Resolution-Technik **5376**
- Hirnpotentiale, Messung **828**
- Hirnstammreflexe, Messung **829**
- Hirntumor, Exstirpation **2526, 2550**
- Hirnverletzung, operative Versorgung **2500**
- Hirschsprung'sche Erkrankung, Operation **3234**

- His-Bündel-EKG **656**
- Histochemische Verfahren **4815**
- Histologische Untersuchung **4800**
- HIV-Antikörperbestimmung **4322, 4349, 4395, 4409**
- HLA-System **3980**
- Hochdruckinjektion zur Kontrastmitteleinbringung
- , peripher **346**
 - , zentral **355**
- Hochfrequenzdiathermie **548**
- Hochfrequenzelektroschlinge **692, 695**
- Hochvolttherapie **5810**
- Hoden
- , Entfernung **1765**
 - , operative Freilegung **1767**
 - , Punktion **315**
- Hodenprothese
- , Einlegen **1763**
 - , Entfernen **1764**
- Hodentorsion, Operation **1767**
- Hörgerätegebrauchsschulung **518**
- Hörgerätekontrolle, sprachaudiometrisch **1405**
- Hörprüfung **1400**
- Hohlhandphlegmone, operative Eröffnung **2066**
- Homöopathische Anamnese 30, 31
- Hormonbestimmung
- , Chromatographie **4071**
 - , Ligandenassay **4020**
- Hormonpreßlinge, Implantation **291**
- Hormonrezeptoren **4086**
- Hornhaut
- , Abschabung **1339**
 - , chemische Ätzung **1338**
 - , Entnahme bei einem Toten **105**
 - , Fremdkörperentfernung **1275**
 - , plastische Operation **1345**
 - , Tätowierung **1341**
 - , Thermo- oder Kryotherapie **1340**
 - , Transplantation **1346**
- Hornhautkrümmungsradien, Messung **1204**
- Hornhautwunde, Naht **1325**
- Hruby-Linse **1240**
- Hüftgelenk
- , Endoprothesenwechsel **2152**
 - , endoprothetischer Totalsatz **2251**
- Hüftgelenksluxation
- , beim Kind **2233**
 - , operative Reposition **2239**
- Hüftkopf
- , Endoprothese **2149**
- Hüftpfanne
- , Endoprothese **2149**
 - , Pfannendachplastik **2148**
- Hufeisenniere, operative Trennung **1835**
- Humanes Choriogonadotropin **4024**
- , im Urin 4081
- Humangenetische Beratung **21**
- Humangenetisches Gutachten **80, 85**
- Hungerversuch **4104**
- Hydrotherapie **531**
- Hydrozele
- , Operation **1761**
 - , Punktion **318**
- Hygrom
- , Operation **2051**
 - , Punktion **303**
- Hymen, Abtragung **1061**
- Hyperthermie **5852**
- Hyperventilationsprüfung **601**
- Hypnose **845**
- Hypoglykämiebehandlung, unterschwellig **836**
- Hypophysentumor, Exstirpation **2528**
- Hyposensibilisierung **263**
- Hypospadie, Operation **1746**
- Hypothermie, in Narkose **481**
- Hypoxietest **646**
- Hysterektomie **1138**
- Hystero-Salpingographie **5250**
- Kontrastmitteleinbringung **321**
- Hysteroskopie **1110, 1111**
- I**
- IgE **3572**
- Ileoskopie, terminal **687**
- Ileostomie **3206**
- , bei Kolektomie **3170**
- Ileus-Operation (Darmmobilisation) **3172**
- Immunelektrophorese **3748**
- Immunglobulin E, Ligandenassay **3572**
- Immunglobuline
- , allergenspezifisch **3890**
 - , Ligandenassay **3571**
- Immunhistochemische Untersuchung **4815**
- Immunzytochemische Untersuchung **4815**
- Impedanzmessung **1407**
- Impfung **375**
- Implantation
- , alloplastisches Material **2442**
 - , Hormonpreßlinge **291**
 - , Knochen **2254**
- Impressionsfraktur des Schädels **2500**
- Impressionstonometrie **1255**
- Impulsanalyse von Herzschrittmachern **661**
- Indikatorverdünnungsmethode **647**
- Infiltration gewebehärtender Mittel **290**
- Infiltrationsanästhesie **490**
- Infiltrationsbehandlung **264, 267, 290**

Infrarot-Thermographie **624**
 Infrarotbehandlung **538**
 Infrarotkoagulation, Enddarm **699**
 Infusion **270**
 —, beim Kleinkind **273**
 —, Dauertropfinfusion **274**
 —, Eigenblut **286, 286a**
 —, Knochenmark **279**
 —, Zytostatika **275**
 Infusionsurographie **5200**
 Inhalationstherapie **500**
 Injektion **252**
 Inkontinenzoperation **1780**
 Insemination
 —, homolog **1114**
 —, nach Spermapapazitation **1114**
 Insulinkur **836**
 Intelligenz-Test **856**
 Intensivmedizinische Überwachung und Behandlung **435**
 —, Laboratoriumsuntersuchungen **437**
 Interferenzmikroskopie **4815**
 Interventionelle Radiologie **5345**
 Intrakutan-Test **390**
 —, nach Mendel-Mantoux **384**
 Intramuskuläre Injektion **252**
 Intraokularlinse Extraktion **1353**
 Implantation **1352**
 Intratubarer Gametentransfer **1114**
 Intrauterin-Pessar
 —, Einlegen oder Wechseln **1091**
 —, Entfernung **1092**
 Intravenöse Allgemeinanästhesie **451**
 Intravenöse Injektion **253**
 Intravenöse Regionalanästhesie **475**
 Intubation, endotracheal **1529**
 Intubationsnarkose **462**
 Invagination, operative Beseitigung **3171**
 Iontophorese **552**
 Iridektomie **1358**
 Irrigator-Methode, Unterweisung **3211**
 Isoenzyme **3784**
 Isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik **842**
 Isokinetische Muskelfunktionstherapie **558**

J

Jalousieplastik **2954**
 Jejunoskopie **685**
 Jochbeinfraktur, operative Reposition **2693**
 Jugendschutzgesetz, Untersuchung **32**
 Jugularvenenpulskurve **638**

K

Kältebehandlung **530**
 Kaiserschnitt **1032**
 Kalibrierung der Harnröhre **1708**
 Kalium **3519, 3557**
 Kalkinfarkt der Bindehaut, Entfernung **1282**
 Kampimetrie **1225**
 Kapillarblutentnahme beim Kind **250a**
 Karbunkel, Operation **2431**
 Kardiaresektion **3146**
 Kardiasprengung **780**
 Kardiokographie
 —, extern **1002**
 —, intern **1003**
 Karotispulskurve **638**
 Karpaltunnelsyndrom, Operation **2070**
 Kataphoretisches Bad **554**
 Katarakt-Operation **1348**
 —, extrakapsulär **1374**
 Katheter
 —, Medikamenteneinbringung **261**
 —, peridural **259**
 —, zentralvenös **260**
 —, Katheterisierung
 —, Harnblase **1728, 1730**
 —, obere Hohlvene **260**
 Kaudalanästhesie **469**
 Kauterisation
 —, Gehörgang oder Paukenhöhle **1580**
 —, Haut **746**
 —, Kehlkopf **1527**
 —, Naseninneres **1429**
 —, Portio **1083**
 —, Tränenwege **1293**
 Kavakatheter, Anlage **260**
 Kavernenabszeß, Eröffnung **3002**
 Kehlkopf
 —, Ätzung **1526**
 —, Anästhesie **484**
 —, Dehnung **1529**
 —, endobronchiale Behandlung **1532**
 —, Exstirpation **1543**
 —, Fremdkörperentfernung **1528**
 —, Kauterisation **1527**
 —, Laryngoskopie **1530**
 —, Medikamenteneinbringung **1525**
 —, Polypenentfernung **1535**
 —, Polypentfernung, laserchirurgisch **706**
 —, Probeexzision **1534**
 —, Schwebel- oder Stützlaringskopie **1533**
 —, Stenoseoperation **1547**
 —, Stimmbandteilresektion **1540**
 —, Trümmerverletzung **1551**
 —, Tumorentfernung **1535**

- Keilbeinhöhlenoperation **1469**
- Keimzahlbestimmung **4605**
- Keratoplastik **1322**
- Keratoprothese **1347**
- Kerngeschlecht-Bestimmung **4870**
- Kernspintomographie **5700**
- Kiefer
 - , Fremdkörperentfernung **2651**
 - , Panoramaaufnahme **5002**
 - , partielle Resektion **2710**
- Kieferfraktur
 - , Reposition **2687**
 - , Fixation **2688**
- Kieferhöhle
 - , Absaugung **1480**
 - , Ausräumung **1485**
 - , Ausspülung **1479**
 - , endoskopische Untersuchung **1466**
 - , Eröffnung **1467, 1485**
 - , Kontrastmitteleinbringung **370**
 - , Punktion **1465**
 - , Radikaloperation **1486**
- Kieferhöhlenfistel, Verschluss **1628**
- Kieferzyste, Operation **2655**
- Kinderaudiometrie **1406**
- Kinderfrüherkennungsuntersuchung **26**
- kindliche Entwicklung, Untersuchung **715**
- Kinesiologische Entwicklung, Untersuchung **714**
- Kirschnerdraht
 - , Entfernung **2009, 2061, 2063**
 - , Extension **218**
 - , Gelenkfixation **2060, 2062**
 - , Radiusfraktur **2349**
- Klammernentfernung **2007**
- Klebeverband **201**
- Kleinhirntumoren, Exstirpation **2550**
- Klumpfuß
 - , Operation **2067**
 - , Stellungskorrektur **3301**
- Kniegelenk
 - , Arthrodese **2133**
 - , Arthroplastik **2136**
 - , Bandplastik **2104**
 - , endoprothetischer Ersatz **2144, 2153**
 - , endoskopische Untersuchung **3300**
 - , Exartikulation **2160**
 - , Gelenkkörperentfernung **2119**
 - , Injektion **255**
 - , Meniskusoperation **2117**
 - , Punktion **301**
 - , Röntgenuntersuchung **5030, 5050**
 - , Synovektomie **2112**
- Kniescheibe
 - , habituelle Luxation **2235**
- , operative Reposition **2230**
- , Osteosynthese **2336, 2344**
- , Reposition **2221**
- , Knochen, Aufmeißelung **2256**
- , Entnahme **2253**
- , histologische Untersuchung **4802**
- , Implantation **2254**
- , Osteotomie **2260, 2273**
- , Reposition **2320**
- , Resektion **2263**
- , Stanzbiopsie **312**
- , Verpflanzung **2255**
- Knochenbolzung **2660**
- Knochenmark
 - , Infusion **279**
 - , Punktion **311**
- Knochenstanze **312**
- Knorpel, Transplantation **2384**
- Knorpelkanalverschluss, Öffnung **2400**
- Körperkerntemperatur, gesteuerte Senkung **481**
- Kohlehydratstoffwechsel **3721**
- Kolon
 - , Doppelkontrastuntersuchung **5166**
 - , endoskopische Untersuchung **685**
 - , Exstirpation **3170**
 - , hoher Einlauf **533**
 - , Kontrastuntersuchung **5165**
 - , Polypentfernung **695**
 - , Massage **523**
 - , Teilresektion **3169**
- Koloskopie
 - , partiell **688**
 - , vollständig **687**
- Kolostomie **3206**
- Kolporrhaphie **1125**
- Kolposkopie **1070**
- Kolpozöliotomie **1136**
- Kombinationsnarkose
 - , mit endotrachealer Intubation **462**
 - , mit Maske **460**
- Komplementsystem **3920**
- Kompressionsstherapie, intermittierend apparativ **525**
- Kompressionsverband **204**
- Kondylome, chemochirurgische Behandlung **756**
- Konisation der Portio **1086**
- Konjunktivaler Provokationstest **393**
- Konsiliarische Erörterung **60**
- Konstruktionsplan für orthopädische Hilfsmittel **3321**
- Konsultationsgebühr **2**
- Kontaktlinse
 - , Erstanpassung **1210, 1211**
 - , Prüfung **1212, 1213**
- Kontrastmitteleinbringung **340**
- Kontrastuntersuchungen **5050, 5150**

- Konvulsionstherapie
 —, Elektrokrampftherapie **837**
 —, Insulinkur **836**
 Koordinationsprüfung **826**
 Korneosklerralfäden, Entfernung **1279**
 Koronarangiographie **5324**
 —, Kontrastmitteleinbringung **360**
 Krampfadern
 —, Operation **2880, 2890**
 —, Verödung **764**
 Kraniopharyngeom, Exstirpation **2528**
 Kranioplastik **2278**
 Krankengymnastik
 —, Ganzbehandlung **506**
 —, Gruppenbehandlung **509**
 —, im Bewegungsbad **508**
 —, Teilbehandlung **507**
 Krankheitsbericht **75**
 Kreatinin **3520, 3585**
 Kreatininclearance **3615**
 Kreatinkinase **3590**
 Kreatinkinase MB **3591**
 Krebsfrüherkennungsuntersuchung
 —, Frauen **27**
 —, Männer **28**
 Kreislauffunktionsprüfung **600**
 Kreislaufzeiten, Messung **631**
 Kreuzprobe **4000**
 Kropfgeschwulst, Operation **2755**
 Krossektomie **2883**
 Kryo-Zyklotherm je Operation **1359**
 Kryochirurgie
 —, Enddarmbereich **698**
 —, Prostata **1777**
 —, Vaginalbereich **1085**
 Kryotherapie
 —, Haut **740**
 —, Hornhaut **1340**
 Kryptorchismus, Operation **1768**
 Kuldoskopie **1158**
 Kunstglied
 —, Anpassen **3320**
 —, Gebrauchsschulung **518**
 —, Konstruktionsplan **3321**
 Kurzwellenbehandlung **548**
 Kutane Testung **383**
- L**
 Laboratoriumsuntersuchungen **3500**
 —, bei Intensivbehandlung **437**
 Lagerbildung im Kieferbereich **2730, 2732**
 Lagereaktionen, Prüfung **714**
 Laktatdehydrogenase (LDH) **3597**
 Laminektomie **2556**
 Langzeit-Blutdruck-Messung **654**
 Langzeit-EEG **827a**
 Langzeit-EKG **659**
 Langzeit-pH-metrie des Ösophagus **693**
 Laparoskopie **700**
 Laparotomie **3135**
 Laryngoskopie **1530, 1533**
 Laser-Anwendung, ambulante Operation **441**
 Laser-Koagulationen
 —, endoskopisch **706**
 —, Netzhaut **1365**
 Lasertrabekuloplastik **1360**
 Lavage, bronchoalveolär **678**
 LDL-Apherese **792**
 LDL-Cholesterin **3564**
 Leber
 —, laparoskopische Probeexzision **700**
 —, Operation **3185**
 —, Punktion **315**
 —, Transplantation **3184**
 Lecithin/Sphingomyelin-Quotient **3782**
 Lederhaut
 —, Fremdkörperentfernung **1276**
 —, Wundnaht **1326**
 Leiche
 —, Augapfel-Entnahme **104**
 —, Entnahme von Körperflüssigkeit **102**
 —, Herzschrittmacher-Entnahme **107**
 —, Hornhautentnahme **105**
 —, Sektion **6000**
 Leichenschauchein **100**
 Leistenbruch
 —, Operation **3285**
 —, Reposition bei Einklemmung **3282**
 Leistenhodenoperation **1768**
 Leitungsanästhesie **493**
 Leukozyteneinzelbestimmung **3505**
 Leukozyten-Differenzierung zusätzlich zum Blutbild **3551**
 Licht-Reflexions-Rheographie **634**
 Lid
 —, plastische Operation **1310**
 —, Tumorentfernung **1282**
 Lidsenkung, Operation **1305, 1306**
 Lidspalte
 —, plastische Korrektur **1302**
 —, vorübergehende Spaltung **1303**
 Limited-Care-Dialyse **791**
 Linearbeschleuniger, Hochvolttherapie **5836**
 Linksherzkatheterismus **627, 629**
 Linksventrikulographie **5327**
 Linse
 —, Diszission **1348**

—, Implantation **1352**
 Linsenkerntverflüssigung **1374**
 Lipase **3521, 3598**
 Lipidstoffwechsel **3721**
 Lippen-Kieferspalte, Operation **2621**
 Lippenspalte, Operation **2620**
 Liquor-Untersuchung **3669**
 Liquorableitung
 —, extrakorporal **2542**
 —, intrakorporal **2540**
 Liquoristel, Operation **2553**
 Liquorpunktion
 —, durch die Fontanelle **305a**
 —, subokzipital oder lumbal **305**
 Lithium **4214**
 Lobektomie **2995**
 Lokalanästhesie
 —, Bronchialgebiet **489**
 —, großer Bezirk **491**
 —, Harnröhre/Harnblase **488**
 —, Kehlkopf **484**
 —, kleiner Bezirk **490**
 —, Trommelfell **485**
 Lumbalanästhesie **470**
 Lumbalpunktion **305**
 Lunge, Abszeßeröffnung **3002**
 Lappenresektion **2995**
 —, operativer Eingriff **2994**
 —, operative Gewebeentnahme **2992**
 —, Punktion **306**
 —, Resektion **2974**
 —, Segmentresektion **2996**
 Lungendehnbarkeit (Compliance), Bestimmung **611**
 Lungenperfusion, szintigraphische Untersuchung **5415**
 Lungenventilation, szintigraphische Untersuchung **5416**
 Lupenbrille, Bestimmung **1215**
 Luteinisierendes Hormon **4026**
 Luxation, Einrenkung **2203**
 Lymphdrainage, manuell **523**
 Lymphknoten, Exzision **2404**
 Lymphknotenausräumung
 —, Axilla **2408, 2413**
 —, inguinal **1762**
 —, pelvin **1783**
 —, retroperitoneal **1809**
 —, suprahyoidal **2715**
 —, zervikal (**Neck-Dissection**) **2716, 2760**
 Lymphödem
 —, apparative Kompressionstherapie **525**
 —, Entleerung mittels Gummischlauch **762**
 —, Operation **2453**
 Lymphographie **5338**
 —, Kontrastmitteleinbringung **365**
 Lymphozytenmischkultur **4013**

Lysebehandlung **5351**

M

Magen
 —, Ausspülung **433**
 —, Resektion **3147**
 —, Teilresektion **3145**
 Magenballon, Implantation **3156**
 Magenhistel, Anlegen **3138**
 Magenperforation, operative Versorgung **3144**
 Magensaft, Ausheberung **671**
 Magenverweilsonde, Einführen **670**
 Magnesium **3621**
 Magnetresonanztomographie **5700**
 Magnetkörper, Implantation ins Augenlid **2444**
 Mamille, Operation **2417**
 Mamma
 —, Amputation **2411**
 —, Aufbauplastik **2415**
 —, Punktion **314**
 —, Reduktionsplastik **2414**
 —, Teilresektion **2411**
 —, thermographische Untersuchungen **623**
 Mammoprothese, Austausch oder Implantation **2420**
 Mammatumor, diagnostische Exstirpation **2410**
 Mammographie **5265**
 Manometrie an den Gallenwegen, intraoperativ **3122**
 Manualextraktion bei Entbindung **1025**
 Manualmedizinischer Eingriff **3306**
 Marisquen, operative Entfernung **765**
 Marshall-Marchetti-Operation **1780**
 Marsupialisation, vaginal **1141**
 Massage **520**
 Mastdarm
 —, digitale Ausräumung **770**
 —, digitale Untersuchung **11**
 —, endoskopische **Untersuchung 690**
 —, Fremdkörperentfernung **3238**
 Mastdarmhistel, Operation **3220**
 Mastdarmriß, Operation **3219**
 Mastdarmschließmuskel
 —, Dehnung **3236**
 —, Sphinkterotomie **3237**
 Mastdarmtumor, perianale Entfernung **3224, 3226**
 Mastdarmvorfall
 —, Operation **3231**
 —, Reposition **3230**
 Maximalakkommodation, Messung **1203**
 Meatomie **1737**
 Meatusstriktur, plastische Versorgung **1738**
 Meckel'sches Divertikel, Exstirpation **3173**
 Medianuskompressionssyndrom, Operation **2070**

- Mediastinaltumor, Entfernung **3011**
 Mediastinoskopie **679**
 Mediastinum, Drainage **3012**
 Medikamentenpumpe, Erstanlegen und Anleitung **784**
 Medikamentenreservoir
 —, Auffüllung **265**
 —, Implantation **2421**
 Megacolon congenitum, Operation **3234**
 Mehrstärkenbrillen, Prüfung **1207**
 Mekonium-Ileus, Operation **3011**
 Mendel-Mantoux-Test **384**
 Meningozele, Operation **2571**
 Meniskus
 —, Operation **2117**
 —, Reposition **2226**
 Metabolite **3774**
 Methadon **4168**
 Methylenblaufärbung **4506**
 Mikro-Herzkatheterismus **630, 632**
 Mikrobiologische Untersuchungen **4220, 4500**
 Mikroskopische Untersuchung
 —, nach einfacher Färbung **3509**
 —, nach differenzierender Färbung **3610**
 —, Nativpräparat **3508**
 Mikroskopische Untersuchungen **3508**
 Mikrowellenbehandlung **548**
 Milz
 —, Exstirpation **3199**
 —, Punktion **315**
 —, Revision **3192**
 Milzszintigraphie **5456**
 Mineralgehalt von Knochen
 —, computertomographische Bestimmung **5380**
 —, Photonenabsorptionstechnik (DPA) **5475**
 Missed abortion, Ausräumung **1060**
 Mittelgesicht
 —, operative Rekonstruktion **2630**
 —, Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur **2705**
 Mittellinienbruch, Operation **3283**
 Mittelohr, Tumorentfernung **1601**
 Modellherstellung durch Gips **3310**
 Molekularbiologische Identifizierung von Bakterien **4780**
 Mononukleose-Test **3525**
 Moro-Test **383**
 MRT-Untersuchung **5700**
 Mukoviszidose, Schweißtest **752**
 Mund-Kieferbereich, operative Blutstillung **2660**
 Mundbodeneingriff, Osteotomie **2720**
 Mundbodenphlegmone, operative Behandlung **1509**
 Mundbodenplastik **2675**
 Muschel-Operation **1430**
 Muskel
 —, Durchtrennung **2072**
 —, Naht **2073**
 —, Probeexzision **2402**
 —, Verlängerung **2064**
 —, Verpflanzung **2074**
 Muskelfunktionsdiagnostik, isokinetisch **842**
 Muskelfunktionstherapie, isokinetisch **558**
 Mutterschaftsvorsorge, Erstuntersuchung **23**
 Myektomie **3234**
 Myelographie **5280**
 —, Kontrastmitteleinbringung **340**
 Myelomenigozele
 —, Operation **2571**
 Mykobakterien, Anzüchtung **4540**
 Myographie: siehe unter Elektromyographie
 Myokard-Revaskularisation **3088**
 Myokardbiopsie, operativ **3067**
 Myokardszintigraphie **5423**
 Myokardverletzung, operative Versorgung **3071**
 Myom-Enukleation
 —, abdominal **1162**
 —, vaginal **1137**
 Myringoplastik **1611**
- ## N
- Nabelbruch, Operation **3283**
 Nachblutung
 —, intraabdominal **2802**
 —, nach Tonsillektomie **1501**
 —, postpartal **1042**
 —, vaginal **1140**
 Nachgeburt, Entfernung durch inneren Eingriff **1041**
 Nachstar, Diszission **1348**
 Nachtastung, postpartal **1042**
 Nachtschale, Rumpf **240**
 Naevus flammeus, Operation **2440**
 Nagel
 —, Ausrottung **2034**
 —, Extraktion **2033**
 —, Schleifen oder Fräsen **743**
 —, Trepanation **303**
 Nagelspange, Anlegen **2036**
 Nagelung eines großen Röhrenknochens **2349**
 Nagelwall, plastische Operation **2035**
 Nagelwurzel
 —, Exzision **2034**
 —, Narbe, Exzision bei Funktionsbehinderung **2392a**
 —, operative Korrektur **2441**
 Narbe oder Neavus
 —, hochtouriges Schleifen **755**
 —, Narkose **450**
 Nasaler Provokationstest **395**
 Nase
 —, Ätzung **1436**

- , Entfernung **1452**
- , Fremdkörperentfernung **1427**
- , Kauterisation **1429**
- , Rekonstruktion **1449**
- , Reposition **2320**
- , Tamponade **1425**
- Nasenbluten, Stillung **1435**
- Nasenendoskopie **1418**
- Nasenflügel, operative Korrektur **1457**
- Nasenhaupthöhlen, Applikation von Substanzen **1436**
- Nasenmuschel
 - , Abtragung **1438**
 - , Operation **1430**
- Nasennebenhöhlen
 - , Absaugung **1480**
 - , Radikaloperation **1488**
 - , Röntgendiagnostik **5098**
 - , Sonographie **410**
- Nasenpolypen, Entfernung **1440**
- Nasensecheidewand
 - , Abszeßeröffnung **1459**
 - , plastische Korrektur **1447**
 - , submuköse Resektion **1445**
 - , Verschuß einer Perforation **1455**
- Nasenstein, operative Verschmälerung **1456**
- Nativmaterial, bakteriologische Untersuchungen **4500**
- Nativpräparat
 - , mikroskopische Untersuchung **3508**
 - , Natrium **3558**
- Nebenhodenentfernung **1771**
- Nebenniere
 - , operative Entfernung **1858**
 - , Neck-Dissection **2760**
- Nekrosenabtragung **2006**
 - , Hand- oder Fußbereich **2065**
- Nekrotomie an Knochen **2256**
- Nephrektomie **1841**
- Nephropexie **1831**
- Nephroskopie **700**
- Nerv
 - , Dekompression im Wirbelsäulenbereich **2565**
 - , Durchtrennung oder Exhairese **2580**
 - , elektroneurographische Untersuchung **829, 832, 839**
 - , End-zu-End-Naht **2586**
 - , Entnahme zur Transplantation **2582**
 - , Leitungsanästhesie **493**
 - , Leitungsanästhesie im Bereich der Schädelbasis **2599**
 - , mikrochirurgische Naht **2588**
 - , Neurolyse **2583**
 - , Pfropfung **2595**
 - , Sekundärnaht **2587**
- Nervenleitgeschwindigkeit, Messung **832, 839**
- Nervenplexus
 - , Anästhesie **476**
- , Naht **2590**
- Nervenstimulation, bei Lähmungen **555**
- Netzhaut, Licht- bzw. Laser-Koagulationen **1365**
- Netzhautablösung, Operation **1366**
- Netzhautveränderungen, Lokalisierung **1251**
- Neugeborenes, Erstuntersuchung **25**
- Neuraltherapie **266**
- Neurologische Untersuchung **800, 825**
- Neurolyse **2583**
- Neurom, operative Entfernung **2404**
- Neuropsychiatrische Behandlung bei Epilepsie **816**
- Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen **555**
- Niere
 - , Ausgußsteinentfernung **1839**
 - , Dekapsulation **1831**
 - , Entfernung (Nephrektomie) **1841**
 - , Explantation beim Lebenden **1847**
 - , Explantation beim Toten **1848**
 - , Implantation **1845**
 - , operative Freilegung **1830**
 - , Punktion **315**
 - , Transplantation **1850**
- Nierenbecken
 - , endoskopische Stein- oder Tumorentfernung **1827, 1853**
 - , Kontrastmitteleinbringung **1790**
 - , Kontrastuntersuchung **5200, 5220**
 - , Spülung bei Fistelkatheter **1733**
 - , transkutane Pyeloskopie **1852**
 - , Ureterorenoskopie **1827**
- Nierenbecken-Druckmessung **1799**
- Nierenbeckenplastik **1840**
- Nierenbeckenstein, operative Entfernung **1838**
- Nierenfistel
 - , Bougierung **1852**
 - , Katheterwechsel **1833**
 - , operative Anlage **1832**
 - , perkutane Anlage **1851**
- Nierenpolresektion **1836**
- Nierenzintigraphie **5440**
- Nierenvenen, transfemorale Blutentnahme **262**
- Nuklearmedizinische Untersuchungen **5400**
- Nukleinsäuren **3920**
 - , Amplifikation (PCR) **3922, 4783**
 - , Isolierung **3920, 4780**
- Nukleotomie, perkutan **2281**
- Nystagmusprüfung **1412**

O

- Oberarmknochen, Reposition **2327**
- Oberflächenanästhesie **483**
- Oberschenkel, Amputation **2174**

Oberschenkelknochen, Reposition **2330**
 Oberst–Anästhesie **493**
 Ösophago–tracheale Fistel, Operation **3128**
 Ösophagoskopie **680**
 Ösophagus, Bougierung **781**
 —, Eröffnung **3125**
 —, Langzeit–pH–Metrie **693**
 —, manometrische Untersuchung **694**
 —, Operationen **3125**
 —, Röntgenuntersuchung **5150**
 Ösophagusableitung, elektrokardiographisch **655**
 Ösophagusatresie, Operation **3127**
 Ösophagusprothese, Einsetzen **3151**
 Ösophagusspinkter, Dehnungsbehandlung **780**
 Ösophagusvarizen
 —, Sklerosierung **691**
 —, Tamponade **703**
 Östradiol **4039**
 Östriol **4027**
 Östrogenrezeptoren **4086**
 Ohrenschmalzpfropf, Entfernung **1565**
 Ohrmuschel
 —, Anlegeplastik **1635**
 —, operative Korrektur **1636**
 Ohrtrumpete, Katheterismus **1590**
 Okklusiv–Pessar, Anlegen oder Wechseln **1090**
 Olekranon
 —, Verschraubung **2340**
 —, Zuggurtungsosteosynthese **2340**
 Omphalozele, Operation **3287**
 Operationsmikroskop, Zuschlag **440**
 Ophthalmodynamometrie **1262**
 Opiatanalgesie, peridural **470**
 Opiate **4172**
 Orbicularis–Oculi–Reflex **829**
 Orbitabodenfraktur, operative Reposition **2693**
 Orchiektomie **1765**
 Organpunktion **315**
 Orthopädisches Hilfsmittel
 —, Anpassung **3320**
 —, Gebrauchsschulung **518**
 —, Konstruktionsplan **3321**
 Orthopädisches Turnen **509**
 Orthoptische Behandlung **1269**
 Orthovolttherapie **5802**
 Os lunatum, operativer Ersatz **2268**
 Os naviculare, Pseudarthrose **2269**
 Osteodensitometrie
 —, computertomographisch **5380**
 —, digitale Röntgentechnik **5380**
 —, Photonenabsorption (DPA) **5475**
 Osteosynthese **2339**
 Osteosynthesematerial, Entfernung **2353, 2694**
 Osteotomie **2250**

—, zur Entfernung eines retinierten Zahnes **2650**
 Oszillographische Untersuchung **621**
 Otoakustische Emissionen **1409**
 Otoskleroseoperation **1623**
 Ovarrektomie **1145**
 Oxymetrie, blutig oder transkutan **602**
 Ozaena, osteoplastische Operation **1492**

P

Palmaraponeurose, Entfernung **2087**
 Panaritium
 —, Eröffnung **2030**
 —, Resektion **3195**
 Pan–Endoskopie **685**
 Pankreas, Punktion **315**
 Pankreasgang, Drainageplatzierung **692a**
 Pankreatikographie **5170**
 —, endoskopisch–retrograde Kontrastmitteleinbringung **370, 692**
 Panoramaaufnahme, Kiefer **5002**
 Papilla Vateri, endoskopische Sondierung **692**
 Papillotomie
 —, endoskopisch **692**
 —, transduodenal **3190**
 Paranephritischer Abszeß, Eröffnung **1826**
 Paraphimose
 —, operative Beseitigung **1740**
 —, unblutige Beseitigung **1739**
 Parasiten
 —, Identifizierung **4765**
 —, Nachweis durch lichtmikroskopische Untersuchung **4740**
 —, xenodiagnostische Untersuchungen **4770**
 Parasitenantigene
 —, qualitativer Nachweis von Antikörpern **4430, 4440**
 —, quantitative Bestimmung von Antikörpern **4435, 4448**
 Paratenonitis, Operation **2076**
 Parathyreoidektomie **2756**
 Paravertebralanästhesie **476**
 Paravertebrale Infiltration **267**
 Parazentese **1575**
 Parazervikal–Block **491**
 Parenteraler Katheter, Einbringung von Arzneimitteln **261**
 Paronychie, Eröffnung **2030**
 Parotis, Exstirpation **1522**
 —, Schlitzen des Ausführungsganges **1510**
 Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Einfachbestimmung **3605, 3946**
 Patellafraktur, Osteosynthese **2344**
 Patellektomie **2344**
 Paukenhöhle

- , Anästhesie **485**
- , Ätzung **1579**
- , binokularmikroskopische Untersuchung **1415**
- , Drainage **1576**
- , Eröffnung **1612**
- , Fremdkörperentfernung **1569**
- , Kauterisation **1580**
- , Polypentfernung **1586**
- , Medikamenteneinbringung **1579**
- PCR (Polymerase-Kettenreaktion) **4783**
- Pelotte, Anlegen **2701**
- Pelviskopie **1155**
- Penis, Amputation **1747**
- Penisprothese
 - , Implantation **1752**
 - , Entfernung **1753**
- Perforansvenen, Exstirpation oder Ligatur **2890**
- Perfusionsszintigraphie **5415**
- Perianalfistel, Operation **3220**
- Perianalthrombose, Spaltung **763**
- Periduralanästhesie
 - , einzeitig **470**
 - , kontinuierlich **473**
- Peridulkatheter, Legen **259**
- Perikard, Operation **3065**
- Punktion **310**
- Perimetrie **1225**
- Periostmassage **523**
- Peritoneal-Lavage **3120**
- Peritonealdialyse
 - , Betreuung bei CAPD **793**
 - , Katheterentfernung **2010**
 - , Katheterimplantation **3135**
 - , Überwachung **785**
- Peritonitis, operative Revision **3139**
- Peritonsillarabszeß, Eröffnung **1505, 1507**
- Perkutane transluminale Dilatation **5345**
- Pessar, Anlegen oder Wechseln **1090**
- PET **5488**
- Pfannendachplastik **2148**
- ph-Wert **3714**
- Phänotypisierung von Zellen **3696**
- Phakoemulsifikation **1374**
- Phenobarbital **4173**
- Phimose
 - , plastische Operation **1741**
 - , Ringligatur **1741**
- Phlebodynamometrie **640**
- Phlebographie **5325**
- Phlegmone
 - , Eröffnung **2432**
 - , Hohlhand **2066**
 - , Mundboden **1509**
- Phonokardiographie **660**
- Phosphat, anorganisch **3580**
- Photo-Patch-Test **569**
- Phototherapie
 - , als Photochemotherapie **565**
 - , bei Neugeborenen **566**
 - , selektiv **567**
- Pilonidalzyste oder -fistel, Exstirpation **2293**
- Pilzantigene
 - , Nachweis mittels Agglutination **4705**
 - , qualitativer Nachweis **4415, 4421**
 - , quantitative Bestimmung **4418, 4425**
- Pilze
 - , Empfindlichkeitstestung **4727**
 - , Identifizierung **4720**
 - , Nachweis durch Anzüchtung **4715**
 - , Untersuchungen im Nativmaterial **4705**
- Plasmapherese **792**
- Plasmathrombinzeit
 - , Doppelbestimmung **3606**
 - , Plattenthermographie **623**
- Pleoptische Behandlung **1268, 1270**
- Pleura
 - , Operation **2973**
 - , Probeexzision **308, 2972**
 - , Punktion **307**
- Pleuradrainage
 - , Anlegen **2970**
 - , Spülung **2971**
- Plexusanästhesie **476**
- Pneumonektomie **2995**
- Polarisationsmikroskopie **4815**
- Politzer-Luftdusche **1589**
- Polymerase-Kettenreaktion **4783**
- Polypentfernung
 - , endoskopisch im Gastrointestinaltrakt **695**
 - , Gebärmutter **1102**
 - , Gehörgang oder Paukenhöhle **1586**
 - , Kehlkopf **1535**
 - , Nase **1440**
 - , Porphyrine **4120**
- Port
 - , Implantation **2801**
 - , Spülung **265**
- Portaler Hochdruck, Operation **2900**
- Portio
 - , Kauterisation **1083**
 - , Konisation **1086**
 - , medikamentöse Behandlung **1075**
 - , Probeexzision **1103, 2402**
 - , Thermokoagulation **1084**
- Positronenemissionstomographie (PET) **5488**
- Präkanzerose, chemo-chirurgische Behandlung **757**
- Präventive Untersuchungen
 - , Frauen **27**

—, Jugendliche **32**
 —, Kinder **26**
 —, Männer **28**
 Priapismus, Operation **1749**
 Prick-Test **385**
 Prismenbrillen, Prüfung **1207**
 Probeexzision
 —, Kehlkopf **1534**
 —, oberflächliches Körpergewebe **2401**
 —, tiefliegendes Körpergewebe **2402**
 —, Zunge **1513, 2402**
 Profilperimetrie **1227**
 Progesteron **4040**
 Progesteronrezeptoren **4087**
 Projektionsperimetrie **1226**
 Proktokolektomie **3183**
 Proktoskopie **705**
 Prostata
 —, Digitaluntersuchung **11**
 —, Elektroresektion **1777**
 —, Infiltrationsbehandlung **264**
 —, Massage **1775**
 —, physikalische Behandlung **1775**
 —, Punktion **319**
 —, Resektion **1777**
 Prostataabszeß, Eröffnung **1776**
 Prostataadenom, Elektroresektion **1777**
 Prostataspezifische saure Phosphatase **3794**
 Protein
 —, gesamt **3573**
 —, Serumelektrophorese **3574**
 Proteine **3735**
 Prothesengebrauchsschulung **518**
 Prothrombinzeit **3607**
 Provokationstest, allergologisch **393**
 Pseudarthrose, Operation **2355**
 Psychiatrische Behandlung **804, 886**
 —, im Notfall **812**
 Psychiatrische Untersuchung **801, 885**
 Psychisch Kranker
 —, Fremdanamnese **835**
 —, Transportbegleitung **833**
 Psychische Dekompensation, Sofortmaßnahme **812**
 Psychotherapie **849**
 —, analytisch **863**
 —, Anamnese **860**
 —, Einleitung **808**
 —, tiefenpsychologisch fundiert **861**
 PTA **5345**
 PTCA **5348**
 Ptosis, Operation **1305, 1306**
 PTT, Einfachbestimmung **3605, 3946**
 PTT, Doppelbestimmung **3606**
 Pudendus-Block **494**

Pulmonal-kapillärer, Druck Messung **630, 632**
 Pulsschreibung an den Digitalarterien **655**
 Punktion **300**
 Pupillographie **1259**
 Pyeloskopie, transkutan **1852**
 Pyloromyotomie **3152**
 Pyloroplastik **3153**
 Pyometra, Operation **1099**

Q

Quaddelbehandlung **266**
 Quadrantenresektion **2411**
 Quadrizepssehnenruptur **2073**
 Quecksilberhochdrucklampe **563**
 Quengelverband **245**
 Quickwert **3530, 3607**

R

Rachen, Fremdkörperentfernung **1508**
 Rachenmandel, Entfernung **1493**
 Radiojodbehandlung **5600**
 Radiojodtest **5402**
 Radionuklid-Diagnostik, in-vivo **5400**
 Radionuklidtherapie
 —, Brachytherapie **5840**
 —, offen **5600**
 Radiusfraktur, Reposition **2328**
 Radiusköpfchen-Subluxation, Reposition **2226**
 RAST **3890**
 Rasterperimetrie **1227**
 Raven-Test **857**
 Reanimation **429**
 —, Neugeborenes **1040**
 Rechtsherzkatheterismus **626**
 Rectostomia posterior **3226**
 Redon-Drainagen **2015**
 —, Entfernen **2007**
 Redressement
 —, Fußmißbildung **3301**
 —, Wirbelsäulenverkrümmung **2280**
 Reduktionsplastik der Mamma **2414**
 Refluxzystographie **5235**
 Refraktionsbestimmung **1200**
 Regionalanästhesie **469**
 Reibtest **388**
 Reizleitungssystem, Operation **3091**
 Reizstrombehandlung **551**
 Reiztherapie, intrakutan **266**
 Rektoskopie
 —, flexibel **690**

—, starr **690**
 Rektum
 —, digitale Ausräumung **770**
 —, digitale Untersuchung **11**
 —, Operationen **3215**
 Rektumatriesie, Operation **3217**
 Rektumexstirpation
 —, abdomino-perineal **3235**
 —, perineal **3233**
 Rektumprolaps
 —, Reposition **3230**
 —, Operation **3231**
 Rektumtumor, Exstirpation **3224, 3226**
 Relaxationsbehandlung nach Jacobson **846**
 Reninbestimmung **4115**
 Replantation
 —, Arm oder Bein **2056**
 —, Finger **2053**
 —, Hand **2055**
 Reposition
 —, eingeklemmte Hernie **3282**
 —, Fraktur **2320**
 —, Luxation **2203**
 Reptilasezeit **3955**
 Residualvolumenbestimmung **607**
 Resistance, Bestimmung **603**
 Retikulozytenzahl **3552**
 Retrobulbärer Tumor, Exstirpation **2552**
 Retrograde Urographie **5220**
 Retropharyngealabszeß, Eröffnung **1506**
 Retronsillarabszeß, Eröffnung **1505**
 Reverdin-Plastik **2380**
 Rheobase, Bestimmung **829, 840**
 Rheographie **620**
 Rheumafaktor (RF) **3526**
 Rhinomanometrie
 —, Flußmessung **1417**
 —, Widerstandsmessung **395, 1417**
 Rhinophym
 —, Operation **2450**
 —, Ring, Einlegen ode Wechseln **1087**
 Rippenresektion **2950**
 Röhrenknochen
 —, Frakturposition **2327**
 —, Osteosynthese **2340**
 Röntgendiagnostik **5000**
 Rorschach-Test **855**
 Rostring, Ausfräsen **1277**
 Rucksackverband **204**
 Rückenmark
 —, Dauerstimulation **2570**
 —, Operationen **2571**
 Rundstiellappen **2392**

S

Salpingektomie **1145**
 Salpingographie **5250**
 —, Kontrastmitteleinbringung **370**
 Salpingolyse **1145**
 Salpingotomie **1145**
 Samenleiter
 —, operative Wiederherstellung **1758**
 —, Unterbindung **1755**
 Sauerstoffatmung **500**
 Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung **614**
 Sauerstoffsättigung, Bestimmung **602**
 Saugapparate-Anwendung **747**
 Saugbiopsie des Dünndarms **697**
 Saugdrainagen
 —, Anlegen **2015**
 —, Entfernen **2007**
 Saug-Spül-Drainage, Einbringen **2032**
 Saure Phosphatase, photometrisch **3599**
 Sceno-Test **857**
 Schädel
 —, Computertomographie **5370**
 —, Röntgenuntersuchung **5090**
 —, Trepanation **2515**
 Schädelhirnverletzung, Operation **2500**
 Schanz'scher Halskrawattenverband **204**
 Scheide
 —, Fremdkörperentfernung beim Kind **1080**
 —, Vaginoskopie bei einer Virgo **1062**
 —, Tamponade **1081**
 —, Scheidenplastik **1125**
 Scheidenriß, Versorgung **1044**
 Scheidenseptum, Abtragung **1098**
 Schellong-Test **600**
 Schenkelhalsfraktur
 —, Endoprothese **2149, 2151**
 —, Osteosynthese **2351**
 Schenkelhernie, Operation **3285**
 Schichtaufnahmen **5290**
 Schieloperation **1330**
 Schiene
 —, Änderung **2702**
 —, am Ober- oder Unterkiefer **2698**
 —, Schienenverband **210**
 —, bei Kieferfraktur **2695**
 Schilddrüse
 —, Operation **2755, 2757**
 —, Punktion **319**
 —, Sonographie **417**
 —, Szintigraphie **5400**
 Schilddrüsenhormone, Ligandenassay **4022**
 Schirmer-Test **1209**
 Schlafapnoe-Diagnostik **659**
 Schlafentzugs-EEG **827**

- Schleifen der Haut **743**
 —, hochtourig **755**
 Schleimbeutel
 —, Exstirpation **2405**
 —, Punktion **303**
 Schleimhauttransplantation **2386**
 Schlingenbiopsie, endoskopisch **695**
 Schlingenextraktion von Harnleitersteinen **1815**
 Schlotterkamm, Entfernung **2670**
 Schlüsselbeinfraktur
 —, Osteosynthese **2325**
 —, Reposition **2324**
 Schmerztherapie **266, 469**
 Schnellschnitt-Untersuchung **4816**
 Schnittentbindung **1032**
 Schnürfurche an einem Finger, Operation **2041**
 Schreibgebühren **95**
 Schrittmacher: siehe unter Herzschrittmacher Schritzkopf-
 —behandlung **747**
 Schulterblattfraktur, Reposition **2326**
 Schulterluxation **2217**
 Schulung eines Diabetikers **33**
 Schutzimpfungen **375**
 Schwangerschaft
 —, Erstuntersuchung **23**
 —, Konfliktberatung **22**
 —, sonographische Untersuchung **415**
 —, weitere Untersuchung **24**
 Schwangerschaftsabbruch **1055**
 —, Beratung **22**
 —, Indikationsfeststellung **22**
 Schwangerschaftstest **3528, 4081**
 Schwebelaryngoskopie **1533**
 Schweißtest **752**
 Schwellkörperinjektionstherapie **253**
 Schwermetalle, Untersuchung mittels Atomab-
 —sorption **4190**
 Scratch-Test **388**
 Segmentosteotomie im Kieferbereich **2710**
 Segmentresektion **2996**
 Sehne
 —, Durchschneidung **2072**
 —, freie Transplantation **2083**
 —, Lösung von Verwachsungen **2076**
 —, Naht **2073**
 —, plastische Ausschneidung **2064**
 —, Verpflanzung **2074**
 —, Sehnenbett
 —, operative Herstellung **2082**
 Sehnenscheide, Operation **2091**
 Sehnenscheidenpanarthritis
 —, Eröffnung **2031**
 —, Spülung **2090**
 Sehnenscheidenstenose, Operation **2084**
 Sehschärfe, Bestimmung **1200**
 Seitenstränge, Applikation von Substanzen **1436**
 Sekret-Untersuchungen **3660**
 Sekundenkapazität, Bestimmung **608**
 Sequenzszintigraphie **5481**
 Sequestrotomie **2651**
 Serienangiographie **5300**
 Sexualhormone, Ligandenassay **4020**
 Shuntanlage zur Hämodialyse **2895**
 Shuntoperation an herznahen Gefäßen **3069**
 Siebbeinzellen, Ausräumung **1485, 1487**
 Sigmoidoskopie
 —, partiell **690**
 —, vollständig **689**
 Silastik- oder Silikonplombe, Entfernung **1377**
 Simultanimpfung **378**
 Single-Photonen-Emissions-Computertomographie
 (SPECT) **5486**
 Skalenoskopie **679**
 Skarifikation **748**
 Skarifikationstest **388**
 Skelett, Röntgendiagnostik **5000**
 Szintigraphie **5425**
 Skin-Expander
 —, Auffüllung **265a**
 —, Implantation **2396**
 Sklerosierungsbehandlung
 —, Hämorrhoiden **764**
 —, Ösophagusvarizen **691**
 —, Varizen **764**
 Sklerotomie **1357**
 Sonographie
 —, B-Bild (Real-Time) **410**
 —, Brustdüse **418**
 —, Duplexverfahren **401, 424**
 —, fetale Entwicklung **415**
 —, Herz **422**
 —, perkutan transluminal **408**
 —, Schilddrüse **417**
 —, transösophageal **402**
 —, transkavitär **403**
 Spalthauttransplantation **2382**
 Spaltlampenphotographie **1252**
 Spaltlampenmikroskopie **1240**
 SPECT **5486**
 Speicheldrüse, Exstirpation **1520**
 Speichelfistel, Operation **1518**
 Speichelsteine, Entfernung **1519**
 Speiseröhre: siehe unter Ösophagus Spektralkompensati-
 —onsmethode **1228**
 Spermatozele, Operation **1761**
 Spermien-Untersuchungen **3663**
 Sphinkterdehnung **3236**
 Sphinkterinsuffizienz

—, Muskelplastik **3239**
 —, Sphinkterotomie **3237**
 —, Spickdrähte
 —, Entfernung **2061, 2063, 2353**
 Spinalanästhesie **470**
 Spinalkanal, operative Eröffnung **2555**
 Spiroergometrie **606**
 Spirographie **605, 608**
 —, Flußvolumenkurve **605a**
 Splanchnikusdurchtrennung **2604**
 Spondylodese **2268**
 Sprachaudiometrie **1404**
 Sprache, Untersuchung **1555**
 Sprachstörungen, Behandlung **726**
 Sprachübungsbehandlung **1559**
 Spreizspekulum-Untersuchung **705**
 Sprunggelenk
 —, Bandnaht **2106**
 —, Bandplastik **2106**
 Spüldrainage, Einbringen **2032**
 Spülung bei liegender Drainage **2093**
 Spurenelemente **4130**
 Stammhirntumor, Exstirpation **2551**
 Stanger-Bad **554**
 Stanzen der Haut **744**
 Stapedius-Lautheitstest **1407**
 Staroperation **1350, 1374**
 Steinanalyse **3672**
 Steißbeinfistel, Operation **2293**
 Steißbeinresektion **2294**
 Stellatum-Blockade **497**
 Stereotaktische Operationen **2560**
 Sterilisation
 —, der Frau **1156**
 —, des Mannes **1756**
 Sternalpunktion **311**
 Sternoklavikulargelenk **2226**
 Stemetomie **3010**
 Stimmband
 —, Resektion **1540**
 —, stroboskopische Untersuchung **1416**
 Stimme, Untersuchung **1556**
 Stimmtherapie bei Kehlkopflosen **1558**
 Stimmübungsbehandlung **1560**
 Stirnhöhle
 —, Anbohrung von außen **1472**
 —, Ausspülung **1479**
 —, operative Eröffnung **1471, 1485**
 —, Radikaloperation **1487**
 —, Sondierung **1478**
 Stoßwellenlithotripsie, extrakorporal **1860**
 Strabismus-Prüfung **1216**
 Strahlendiagnostik **5000**
 Strahlentherapie **5800**

Strecksehne, Naht **2073**
 Streckverband **217**
 Stroboskopie der Stimmbänder **1416**
 Strumaresektion **2755**
 Stützapparat, Änderung **2702**
 Stützvorrichtung im Kieferbereich **2700**
 Stuhluntersuchung auf Blut **3500, 3650**
 Subaquales Darmbad **533**
 Submandibularis-Ausführungsgang, Schlitzung **1510**
 Substrate **3774**
 Subokzipitalpunktion **305**
 Subphrenischer Abszeß, operative Eröffnung **3136**
 Subtraktionsszintigraphie **5483**
 Sympathektomie **2920**
 Sympathikusblockade **497**
 Syndaktylie, Operation **2043**
 Syndesmosenverletzung, Operation **2106**
 Synechielösung **1430**
 Synovektomie **2110**
 Szintigraphie **5400**

T

Tape-Verband **206, 207**
 Tarsaltunnelsyndrom, Operation **2070**
 TAT **855**
 Teilbad, Leitung **531**
 Telekobaltbestrahlung **5831**
 Telethermographie **624**
 Tendosynovektomie **2091**
 Tendosynovitis, Operation **2076, 2092**
 TEP, Implantation **2151**
 Teststreifen-Untersuchung **3511**
 Testverfahren
 —, orientierend **857**
 —, projektiv **855**
 —, standardisiert **856**
 Tetanus-Impfung **375, 378**
 Theophyllin **4179**
 Thermodilationsverfahren **647**
 Thermographie **623**
 Thermokoagulation, Portio und Zervix **1084**
 Thermotheapie **535**
 —, Hornhaut **1340**
 Thorakoplastik **2953**
 Thorakoskopie **677**
 Thorakotomie **2990**
 Thorax
 —, Operation **2953**
 —, Röntgendiagnostik **5135**
 Thrombektomie
 —, Herz **3075**
 —, venöses System **2887**

- Thrombennachweis, szintigraphisch **5465**
- Thromboplastinzeit **3530, 3607**
- , partiell **3605**
- Thrombozyten-Einzelbestimmung **3506**
- Thrombozyten-Lebenszeit, nuklearmedizinische Bestimmung **5462**
- Thrombus-Expression, oberflächliche Beinvenen **763**
- Thyreoidektomie **2755, 2757**
- Thyroxin **4031**
- Tibiakopffraktur, Osteosynthese **2345**
- Todesfeststellung **100**
- Tokographie **1001**
- Tomographie **5290**
- , computergesteuert **5369**
- Tonometrie **1255**
- , fortlaufend **1257**
- Tonschwellenaudiometrie **1403**
- Tonsillektomie **1499**
- , nach Blutung **1501**
- Totenschein, Ausstellung **100**
- Toter
- , Augapfelentnahme **104**
- , Entnahme von Körperflüssigkeit **102**
- , Herzschrittmacher-Entnahme **107**
- , Hornhautentnahme **105**
- Toxische Substanzen, Bestimmung **4150**
- Trabekulotomie **1382**
- Tracheotomie **2751**
- Trainingsdialyse **790**
- Tränendrüse, Exstirpation oder Verödung **1301**
- Tränenpünktchen, Operation **1297**
- Tränensack
- , Exstirpation **1299**
- , Operation **1300**
- , Operation vom Naseninnern aus **1497**
- Tränensackphlegmone, Operation **1292**
- Tränensekretionsmenge **1209**
- Tränenwege
- , Dehnung **1293**
- , Sondierung bei Kindern **1294**
- , Sprengung von Strukturen **1298**
- Transferrin **3575**
- Transfemorale venöse Blutentnahme **258**
- Transfusion **280**
- Transhepatische Drainage **5361**
- Transplantation
- , Haut **2380**
- , Hornhaut **1346**
- , Leber **3184**
- , Nerv **2591**
- , Niere **1845**
- Transportbegleitung **55, 833**
- Trepanation
- , Nagel **303**
- , Schädel **2515**
- Treponema pallidum **4232, 4248, 4259, 4270, 4283**
- Trichiasis, plastische Korrektur **1304**
- Trichogramm **4860**
- Trichterbrust, plastische Operation **2960**
- Triggerpunktanästhesie **267**
- Triglyceride **3565**
- TRH-Test **4117**
- Trommelfell
- , Anästhesie **485**
- , binokularmikroskopische Untersuchung **1415**
- , Entfernung von Granulationen **1585**
- , Parazentese **1575**
- , Vibrationsmassage **1591**
- Trommelfellprothese, Einsetzen oder Wechseln **1577**
- Tubendurchgängigkeitsprüfung **1112**
- Tubensterilität, Refertilisierungsoperation **1148**
- Tuberkulin-Test **384**
- Tuberplastik **2675**
- Tumor, Exzision **2403**
- Tumormarker **3900**
- Tumornekrosefaktor **3767**
- Tumorstammzellenassay **3700**
- Tumorszintigraphie **5430**
- Turnen als krankengymnastische Gruppenbehandlung **509**
- Tympanoplastik **1610, 1613**

U

- Übende Verfahren **846**
- Überdruckbeatmung, intermittierend **501**
- Überwärmungsbad, Leitung **532**
- Überweisung **2**
- Übungsbehandlung
- , krankengymnastisch **510**
- , sensomotorisch **725**
- Ulcus pepticum, Resektion **3148**
- Ultraschallbehandlung **539**
- Ultraschallvernebelung zur Inhalationstherapie **500**
- Umstellungsosteotomie **2252, 2276**
- Unterarmknochen, Reposition **2328**
- Unterkiefer
- , Drahtumschlingung **2696**
- , Halbseitenresektion **2712**
- , Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur **2706**
- , partielle Resektion **2710**
- Unterkieferfraktur, operative Reposition **2690**
- Unterkieferluxation
- , Reposition **2680**
- Untersuchung
- , Ganzkörperstatus **8**
- , neurologisch **800**

—, Organsystem **6, 7**
 —, psychiatrisch **801**
 —, systembezogen **5**
 Unterwasserdruckstrahlmassage **527**
 Urachusfistel, Operation **3288**
 Ureter
 —, Bougierung **1814**
 —, Segmentresektion **1819**
 Ureterektomie **1818**
 Ureterolyse **1829**
 Ureterorenoskopie **1827**
 Ureterverweilschiene
 —, Anlegen **1812**
 —, ersatzlose Entfernung **1802**
 Urethra
 —, Anästhesie **488**
 —, Dehnung **1701, 1710**
 —, Fremdkörperentfernung **1703, 1711**
 —, Spülung **1700**
 Urethradruckprofilmessung **1798**
 Urethrographie **5230**
 Urethroskopie **1712**
 Urin-Streifentest **3511, 3652**
 Urinsediment **3531**
 —, phasenkontrastmikroskopische Untersuchung **3532**
 Urinuntersuchungen **3651**
 Uroflowmetrie **1792**
 Urographie **5200**
 Uterus
 —, Abrasio **1104**
 —, Antefixation **1147**
 —, endoskopische Untersuchung **1110**
 —, Exstirpation **1138**
 —, Exstirpation nach Ruptur **1036**
 —, Myomenukleation **1137, 1162**
 —, Nachblutung **1140**
 UV-Bestrahlung
 —, als Photo-Chemotherapie **565**
 —, bei einem Neugeborenen **566**
 —, selektiv **567**
 —, ungefiltert **560**

V

Vaginalatresie, plastische Operation **1123**
 Vaginale Behandlung **1075**
 Vaginalzysten, Exstirpation **1141**
 Vaginoskopie **1062**
 —, beim Kind **1063**
 Vagotomie **3154**
 Vakuumextraktion **1026**
 Valvuloplastik **3084**
 Varikozele

—, Embolisationsbehandlung **5359**
 —, Operation **1759**
 —, Sklerosierung **764, 5329**
 Varixknoten, Inzision **2880**
 Varizen
 —, Crossektomie **2883**
 —, Exstirpation **2881**
 —, Perforansligatur **2890**
 —, Seitenastexstirpation **2890**
 Varizensklerosierung
 —, an den Beinen **764**
 —, im oberen Gastrointestinaltrakt **691**
 Vasomotorik, plethysmographische Prüfung **639**
 Vaso resektion **1756**
 Vektorkardiographie **657**
 Velopharyngoplastik **2626**
 Vena cava inferior Unterbrechung **2898**
 Venae sectio **2800**
 Vene
 —, Entnahme zum Gefäßersatz **2808**
 —, Freilegung bzw. Unterbindung **1639, 2801**
 —, rekonstruktive Operation **2891**
 —, Verletzung im Extremitätenbereich **2809**
 Venen-Verschlußplethysmographie **641**
 Venendruckmessung am freigelegten Gefäß **2804**
 —, peripher **640**
 —, zentral **648**
 Venenembolisation, transperineal oder transskrotal **1759**
 Venenkatheter, zentral **260**
 Venenpulsschreibung **638**
 Venenpunktion **250**
 Venographie **5329**
 Ventrikulographie, szintigraphisch **5420**
 Ventrikulozisternostomie **2541**
 Verband **200**
 —, Gipsfixation **208**
 Verhaltenstherapie **870**
 —, biographische Anamnese **860**
 Verschiebeplastik **2381**
 Verschlußplethysmographie **641**
 Verweilen **56**
 Verweilkatheter
 —, Einlegen **1732**
 —, Spülung **1733**
 Vesikulographie **5260**
 Kontrastmitteleinbringung **370**
 Vestibulum, Verschluß von perforierenden Defekten **2625**
 Vestibulumplastik **2675**
 Videoendoskopie **685**
 Vierzellenbad **553**
 Viren
 —, Antigennachweis mittels Ligandenassay **4675**
 —, Identifizierung **4665**
 —, Nachweis durch Anzüchtung **4655**

—, Nachweis von Antigenen mittels Ligandenassay **4640**
 —, Untersuchungen im Nativmaterial **4630**
 Virusantigene
 —, qualitativer Nachweis von Antikörpern **4300, 4310**
 —, quantitative Bestimmung von Antikörpern **4305, 4337**
 Visite, im Krankenhaus **45**
 Viskosität **3712**
 Visus, Untersuchung **1200**
 Vitalkapazität, Bestimmung **608**
 Vitamin-B 12-Resorption nuklearmedizinische Bestimmung **5470**
 Vitamine **4138**
 Vitrektomie **1384**
 Vojta-Diagnostik **714**
 Vojta-Therapie **725**
 Vollbad, Leitung **532**
 Vollhauttransplantation **2383**
 Vollnarkose **453, 460**
 Volumenpulsschreibung, photoelektrisch **635**
 Vulvulus, Operation **3171**
 Vorhaut
 —, plastische Operation **1741**
 —, Ringligatur **1741**
 Vorhautverklebung, Lösung **1739**
 Vorhofseptumdefekt
 —, operative Anlage **3070**
 —, operativer Verschluss **3072**
 Vorsorgeuntersuchung **23**
 Vulvektomie **1159**

W

Wartegg-Zeichentest **857**
 Warzenentfernung **745**
 Warzenfortsatz, Eröffnung **1597**
 Wasserbruch
 —, Operation **1761**
 —, Punktion **318**
 Wasserhaushalt **3710**
 Wegegeld **§ 8**
 Weichteiltechnik **3305**
 Wendung, geburtshilflich **1028**
 Wickel **530**
 Wiederbelebung **429**
 Wiederholungsrezept **2**
 Wimpernfehlstellung, plastische Korrektur **1304**
 Wimpernhaare, Epilation **1323**
 Wirbelbogenresektion **2282**
 Wirbelfraktur
 —, Aufrichtung im Durchhang **2322**
 —, operative Aufrichtung **2332**
 Wirbelgelenk, Chemonukleolyse **2279**

Kontrastmitteleinbringung **372**
 Wirbelgelenkluxation, Reposition **2203**
 Wirbelsäule
 —, Chirotherapie **3306**
 —, mobilisierende Behandlung **3305**
 —, operative Versteifung **2285**
 —, Röntgenuntersuchung **5100**
 Wirbelsäulenverkrümmung
 —, Operation **2286**
 —, Redressement **2280**
 Wunde
 —, Behandlung **2006**
 —, Fädenentfernung **2007**
 —, Verband **200**
 —, Versorgung **2000**
 Wurmfortsatz, Exstirpation **3200**

X

Xeroradiographietechnik **5115**

Y

Yersinien **4233, 4249**

Z

Zahn
 —, Extraktion **2650**
 —, Reposition **2685**
 —, Röntgenuntersuchung **5000**
 Zangenentbindung **1027**
 Zellfunktionsuntersuchung **3680**
 Zentralvenenkatheter, Legen **260**
 Zentrumsdialyse **792**
 Zeruminalpropf, Entfernung **1565**
 Zervix
 Abrasio **1102**
 —, Dehnung bei Geburt **1020**
 —, plastische Operation **1129**
 —, Probeexzision **1103, 2402**
 —, Thermokoagulation **1084**
 Zervixinsuffizienz Cerclage-Behandlung **1129**
 Zervixriß, Naht **1043**
 Zirkulärer Verband **204**
 Zökalfistel **3206**
 Zunge
 —, Entfernung **1512, 1514**
 —, Keilexzision **1513**
 —, Probeexzision **2402**
 Zungenabszeß, Eröffnung **1511**

ZVD, Messung **648**
Zwerchfell, thorakaler Eingriff **2985**
Zwerchfellhernie, Operation **3280**
Zwerchfellrelaxation, Operation **3281**
Zyklodialyse **1358**
Zyklodiathermie-Operation **1359**
Zyklusphasenbestimmung, zytologisch **4850**
Zystoskopie **1785**
Zystotonometrie **1791**
Zytogenetische Untersuchung **4870**
Zytologische Untersuchung **4850**
—, Entnahme von Abstrichmaterial **297, 1105**
Zytostatika-Infusion **275**

Impressum

AUSGABE

Januar 2015

HERAUSGEBER

PVS Verband
Verband der Privatärztlichen
Verrechnungsstellen e. V.
Straßmann-Haus
Schumannstraße 18
10117 Berlin

SATZ

FGS Kommunikation, Berlin

REPRO & DRUCK

PRINT PrePress GmbH & Co. KG, Meckenheim

HINWEIS

In diesem Werk werden Rechtsvorschriften wiedergegeben. Der Leser darf darauf vertrauen, dass der Herausgeber größte Mühe und Sorgfalt darauf verwandt hat, die geltenden Vorschriften korrekt wiederzugeben. Fehler sind dennoch nicht vollständig auszuschließen. Deshalb kann der Herausgeber keine Gewähr für die Richtigkeit der mitgeteilten Daten und Angaben übernehmen; eine Verpflichtung oder Haftung kann aus ihnen nicht herbeigeführt werden.

Mit freundlicher Empfehlung
Der Herausgeber

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen an 17 Standorten
mit 45 Geschäftsstellen in Deutschland



Schleswig-Holstein · Hamburg
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Hauptgeschäftsstelle: Moltkestr. 1 · 23795 Bad Segeberg
Zweigstelle: Heinrich-Hertz-Str. 121 · 22083 Hamburg
Zweigstelle: Thünenstr. 29k · 18209 Bad Doberan
fon 04551 / 809-0 · fax 04551 / 809-6180
www.pvs-se.de · info@pvs-se.de

