UV - GOÄ 2021

(Euro - €)

Gebührenordnung für Ärzte

Gesetzliche Unfallversicherung

mit

Krankenhaus-Nebenkostentarif

Stand: 01.01.2021

Änderungen zum 01.01.2021:
Teil O. I.: Ergänzung der Leistungslegende zu Nr. 5255
Teil O. I.: Ergänzung der Leistungslegende zu Nr. 5298

Gebührenverzeichnis
für ärztliche Leistungen

			A.		Abrechnung der ärztlichen Leistungen
1	bis	196	B.		Grundleistungen und allgemeine Leistungen
1	bis	19		I.	Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
20	bis	34		II.	Leistungen unter besonderen Bedingungen
45	bis	61		III.	Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz
71	bis	91		IV.	Wegegeld und Reiseentschädigung
100	bis	107		V.	Todesfeststellung
110	bis	196		VI.	Besondere Regelungen
200	bis	449	C.		Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
200	bis	247		I.	Anlegen von Verbänden
250	bis	298		II.	Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen
300	bis	321		III.	Punktionen
340	bis	374		IV.	Kontrastmitteleinbringungen
375	bis	399		V.	Impfungen und Testungen
401	bis	424		VI.	Sonographische Leistungen
427	bis	433		VII.	Intensivmedizinische und sonstige Leistungen
440	bis	449		VIII.	Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen
451	bis	498	D.		Anästhesieleistungen
500	bis	577	E.		Physikalisch-medizinische Leistungen
500	bis	501		I.	Inhalationen
505	bis	518		II.	Krankengymnastik und Übungsbehandlungen
520	bis	529		III.	Massagen
530	bis	533		IV.	Hydrotherapie und Packungen
535	bis	539		V.	Wärmebehandlung
548	bis	558		VI.	Elektrotherapie
560	bis	577		VII.	Lichttherapie
600	bis	796	F.		Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie
800	bis	887	G.		Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
1001	bis	1168	H.		Geburtshilfe und Gynäkologie
1200	bis	1386	I.		Augenheilkunde
1400	bis	1639	J.		Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
1700	bis	1860	K.		Urologie
2000	bis	3321	L.		Chirurgie, Orthopädie
2000	bis	2016		I.	Wundversorgung, Fremdkörperentfernung
2029	bis	2093		II.	Extremitätenchirurgie
2100	bis	2196		III.	Gelenkchirurgie

2203	bis	2241		IV.	Gelenkluxation
2250	bis	2297		V.	Knochenchirurgie
2320	bis	2358		VI.	Frakturbehandlung
2380	bis	2454		VII.	Chirurgie der Körperoberfläche
2500	bis	2604		VIII.	Neurochirurgie
2620	bis	2732		IX.	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
2750	bis	2760		X.	Halschirurgie
2800	bis	2921		XI.	Gefäßchirurgie
2950	bis	3013		XII.	Thoraxchirurgie
3050	bis	3097		XIII.	Herzchirurgie
3120	bis	3241		XIV.	Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie
3280	bis	3288		XV.	Hernienchirurgie
3300	bis	3321		XVI.	Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen
3500	bis	4787	M.	Laboratoriumsuntersuchungen	
3500	bis	3532		I.	Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis
3541	bis	3621		II.	Basislabor
3630	bis	4469		III.	Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen
4500	bis	4787		IV.	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern
4800	bis	4873	N.	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	
4800	bis	4816		I.	Histologie
4850	bis	4860		II.	Zytologie
4870	bis	4873		III.	Zytogenetik
5000	bis	5855	O.	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	
5000	bis	5383		I.	Strahlendiagnostik
5400	bis	5607		II.	Nuklearmedizin
5700	bis	5735		III.	Magnetresonanztomographie
5800	bis	5855		IV.	Strahlentherapie
6000	bis	6018	P.	Sektionsleistungen	
9101	bis	9910	S.	Krankenhausleistungen - Obduktionen	
9101	bis	9672		I.	Bäder, Massagen, Krankengymnastik und andere Heilbehandlungen
9700	bis	9797		II.	Arzneimittel, Sera, Blutersatzmittel, Blutkonserven Blutspenden, Blutplasmen, therapeutische Hilfsmittel
9800	bis	9910		III.	Sonstige Leistungen, Obduktionen

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

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

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. (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. 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.

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 diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist. Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach diesem Vertrag selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

4. Soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist, dürfen neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur berechnet werden:

   4.1 Die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält, oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, mit Ausnahme der Kosten für
   - 4.1.1 Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandsmaterial, Verbandspray, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge;
   - 4.1.2 Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie;
   - 4.1.3 Desinfektions- und Reinigungsmittel;
   - 4.1.4 Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung;
   - 4.1.5 folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

   4.2 Die durch Leistungen nach den Abschnitten M, N und O des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses entstandenen Versand- und Portokosten,

   4.3 die bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie

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

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an demselben Patienten zu Lasten desselben gesetzlichen UV-Trägers vorgenommen worden ist. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn innerhalb der 3 Monate ambulante Behandlung durch den Belegarzt erfolgt.
2. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 6 nicht berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 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 bis 4 und 11 bis 14 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach den Nummern 6 bis 9 generell zu begründen.
4. Die Leistung nach Nummer 1 ist 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 bis 14 und/oder 18 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach Nummer 6 bis 9 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1	Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung. Bei Kindern bis zum 6. Geburtstag wird anstelle der Nr. 1 einmal im Behandlungsfall die Nr. 6 abgerechnet. Dies gilt nicht bei Verletzungen, bei denen durch bloße Inaugenscheinnahme das Ausmaß der Erkrankung beurteilt werden kann.	7.33	9.13	0,00	1.52	1.52
2	Leistung nach Nummer 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde *Die Leistung nach Nummer 2 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprech-stundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.*	8.47	10.54	0,00	1.52	1.52
3	Leistung nach Nummer 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	22.65	28.18	0,00	1.52	1.52
4	Leistung nach Nummer 1, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	10.75	13.39	0,00	1.52	1.52
6	Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit sowie der notwendigen Beratung. Neben der Leistung nach Nummer 6 ist die Leistung nach Nummer 826 nicht berechnungsfähig. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.	17.11	21.28	0,00	3.07	3.07
6 a	Leistung nach Nr. 6, zusätzlich neben den Leistungen nach Nrn. 50 bis 50e einmal berechnungsfähig. Anmerkung: Die Notwendigkeit der Leistung nach Nr. 6a ist auf der Rechnung zu begründen (z.B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen)	9.79	12.15	0,00	0,00	0,00

7	Leistung nach Nummer 6, jedoch außerhalb der Sprechstunde *Die Leistung nach Nr. 7 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.*	18.25	22.70	0,00	3.07	3.07
8	Leistung nach Nummer 6, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	32.42	40.36	0,00	3.07	3.07
9	Leistung nach Nummer 6, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	20.52	25.54	0,00	3.07	3.07
11	Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung	2.93	3.65	0,00	1.52	1.52
12	Leistung nach Nummer 11, jedoch außerhalb der Sprechstunde *Die Leistung nach Nr. 12 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt beraten wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.*	4.08	5.06	0,00	1.52	1.52
13	Leistung nach Nummer 11, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	18.25	22.70	0,00	1.52	1.52
14	Leistung nach Nummer 11, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	6.34	7.91	0,00	1.52	1.52
15	nicht besetzt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16	Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die Arzthelferin als alleinige Leistung	2.45	3.05	0,00	1.52	1.52
17	Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes i. S. von Nr. 3.2 des Handlungsleitfadens "Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung". Die Fortschreibung des Reha-Planes ist durch die Gebühr abgegolten. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. Daneben kann die Nummer 34 nicht abgerechnet werden.	0,00	118.84	0,00	0,00	0,00
17 A	Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten.	24.44	30.41	0,00	0,00	0,00
18	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	4.88	6.08	0,00	3.07	3.07
19	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.	24.44	30.41	0,00	1.52	1.52
19 a	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	14.65	18.25	0,00	0,00	0,00

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten) *Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.*	9.77	12.15	0,00	2.71	2.71
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung *Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.* *Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.*	29.33	36.48	0,00	1.52	1.52

	Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 oder 22 nicht berechnungsfähig.					
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch -	24.44	30.41	0,00	2.36	2.36
	Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 oder 21 nicht berechnungsfähig.					
33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabe-tes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pan-kreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Ge-sichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens - ggf. auch für gleichwertig strukturierte Schulungsprogramme.	24.44	30.41	0,00	4.25	4.25
	Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14, 19, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.					
34	Vom Unfallversicherungsträger beauftragte bzw. auf Veranlassung des Versicherten durchgeführte Untersuchung einschließlich Einschätzung zum bisherigen Verlauf, zum Stand des Heilverfahrens und/oder zu laufenden oder geplanten Maßnahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation durch einen anderen als den behandelnden Arzt. Sofern die Untersuchung auf Veranlassung des Versicherten erfolgen soll, kann diese nach dieser Nr. abgerechnet werden, wenn der Unfallversicherungsträger im Sinne der Heilverfahrenssteuerung über die beabsichtigte Untersuchung informiert wurde und die Kostenübernahme bestätigt hat. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung durch den selben Arzt ist nicht zulässig. Die Leistung umfasst die Sichtung und Auswertung der vorhandenen medizinischen Unterlagen einschl. bildgebender Diagnostik, eine umfassende Untersuchung und Beratung im Sinne der Nr. 6 sowie die zeitnahe Erstattung eines Berichtes über das Ergebnis der Untersuchung. Bestandteil des Berichts sind bei Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger die Beantwortung der durch diese formulierten Fragestellungen, Empfehlungen zu weiteren diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen, Einschätzung der weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit und evtl. erforderlicher Teilhabeleistungen. Bei Veranlassung der Untersuchung durch den Versicherten ist der Unfallversicherungsträger über Inhalt und Ergebnis der erfolgten Beratung zu informieren. Alle Untersuchungs- und Beratungsleistungen – mit Ausnahme bildgebender Diagnostik sowie weiterer zur Diagnostik erforderlichen Maßnahmen (z. B. Funktionsmessungen, Laboruntersuchungen) – sind mit der Gebühr abgegolten.	65	65	0,00	5	5
	III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz					
45	Visite im Krankenhaus	5.71	7.09	0,00	1.77	1.77
	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 bis 14, 18, 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. Die Leistung nach Nr. 45 und 46 ist auch berechnungsfähig, wenn sie vom Belegarzt erbracht wird.*					
46		Zweitvisite im Krankenhaus *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 bis 14, 18, 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.*	4.08	5.06	0,00	1.52	1.52
47		Kostenersatz zur Visite, je Tag, bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes	5.50	5.50	0,00	0,00	0,00
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 - *Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11 bis 14, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.*	9.77	12.15	0,00	0,00	0,00
50		Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung	26.08	32.45	0,00	0,00	0,00
50	a	Leistung nach Nummer 50 (dringend angefordert und sofort ausgeführt oder wegen der Beschaffenheit der Krankheit gesondert notwendig)	32.58	40.55	0,00	0,00	0,00
50	b	Leistung nach Nummer 50, jedoch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt	42.35	52.72	0,00	0,00	0,00
50	c	Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr)	42.35	52.72	0,00	0,00	0,00
50	d	Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr)	56.21	69.95	0,00	0,00	0,00
50	e	Leistung nach Nummer 50, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen. *Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.* *Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.*	35.83	44.59	0,00	0,00	0,00
51		Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach den Nummern 50 bis 50e - einschließlich Beratung und Untersuchung - *Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.* *Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 4, 11 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.*	20.37	25.35	0,00	0,00	0,00
52		Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht-ärztliches Personal im Auftrag des niedergelas-senen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)	6.88	6.88	0,00	0,00	0,00

		Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. *Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.*				
55		Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme - je angefangene halbe Stunde der Einsatzdauer. *Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.*	40.73	50.69	0,00	12.28	12.28
		Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde					
56		am Tag	7.33	9.13	0,00	0,00	0,00
57		bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) *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.*	14.65	18.25	0,00	0,00	0,00
		Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem am Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger beteiligten Therapeuten (§ 1 Abs. 2 ÄV)					
60	a	am Tag	9.77	12.15	0,00	1.52	1.52
60	b	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) *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 quidationsberechtigten 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).*	19.56	24.34	0,00	1.52	1.52
		Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), die typischerweise ohne ärztliche Assistenz nicht erbracht werden kann, je angefangene halbe Stunde - die Leistungen sind anzugeben.					
61	a	am Tag	10.59	13.17	0,00	0.82	0.82
61	b	bei Nacht (zwischen 20 und 22 Uhr und zwischen 6 und 8 Uhr)	20.46	25.44	0,00	0.82	0.82
61	c	bei Nacht (zwischen 22 und 6 Uhr) *Die Leistungen nach Nummer 61a-c sind neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.*	40.16	49.98	0,00	0.82	0.82

Die Nummern 61a-c gelten nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie dürfen nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.
2. Der Arzt kann für jeden Besuch innerhalb eines begrenzten Radius um die Praxisstelle ein Wegegeld berechnen.
3. Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.
4. 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. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld bzw. die Reiseentschädigung unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Wegegeld

71	Wegegeld bis zu zwei Kilometern	4.23	0,00	0,00	0,00	0,00
72	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	8.45	0,00	0,00	0,00	0,00
73	Wegegeld bis zu fünf Kilometern	7.85	0,00	0,00	0,00	0,00
74	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	12.07	0,00	0,00	0,00	0,00
81	Wegegeld bis zu zehn Kilometern	12.07	0,00	0,00	0,00	0,00
82	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	18.11	0,00	0,00	0,00	0,00
83	Wegegeld bis zu 25 Kilometern	18.11	0,00	0,00	0,00	0,00
84	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	30.16	0,00	0,00	0,00	0,00

Reiseentschädigung

86	Reiseentschädigung bei Benutzung des eigenen Kraftwagens je zurückgelegter Kilometer	0.31	0,00	0,00	0,00	0,00
87	Reiseentschädigung bei Benutzung anderer Verkehrsmittel tatsächliche Aufwendungen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
88	Reiseentschädigung bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag	60.35	0,00	0,00	0,00	0,00
89	Reiseentschädigung bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag	120.67	0,00	0,00	0,00	0,00
91	Reiseentschädigung für notwendige Übernachtungen Ersatz von Kosten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

V. 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 den Nummern 71 bis 74 oder 81 bis 84 berechnen.

100	Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünftigen bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 20 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (vorläufige Leichenschau). Dauert die Leistung nach Nummer 100 weniger als 20 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 10 Minuten (ohne Aufsuchen), sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.	110.51	110.51	0,00	0,00	0,00

101	Eingehende Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angaben zu Todesart und Todesursache gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 40 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (eingehende Leichenschau). Dauert die Leistung nach Nummer 101 weniger als 40 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 20 Minuten (ohne Aufsuchen), sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.	165.77	165.77	0,00	0,00	0,00
102	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 100 oder 101 bei einer Leiche mit einer dem Arzt oder der Ärztin unbekannten Identität und/oder besonderen Todesumständen (zusätzliche Dauer mind. 10 Minuten)	27.63	27.63	0,00	0,00	0,00
103	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	15.15	15.15	0,00	0,00	0,00
104	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	26.23	26.23	0,00	0,00	0,00
105	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen	19.82	19.82	0,00	0,00	0,00
106	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	20.10	20.10	0,00	5.55	5.55
107	Bulbusentnahme bei einem Toten	33.51	33.51	0,00	2.48	2.48
108	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	30.84	30.84	0,00	2.24	2.24
109	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	29.49	29.49	0,00	2.12	2.12

VI. Besondere Regelungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.
2. Für Berichte, die auf Verlangen des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder aufgrund von Regelungen des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger frei ohne Verwendung eines Vordrucks erstattet werden, bemisst sich die Gebühr entsprechend dem Aufwand, Zweck und Inhalt nach dem Gebührenrahmen der Nummern 110 bis 123.
3. Portoauslagen für angeforderte Berichte/Gutachten sind - soweit kein Freiumschlag beigefügt ist - dem Arzt zu erstatten.
4. Für die Übersendung von Krankengeschichten oder Auszüge (Fotokopien) daraus wird ungeachtet des Umfanges ein Pauschsatz von € 13,76 (Abrechnung als Geb.-Nr.193), zuzüglich Porto, vergütet. Sie müssen vom absendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit muß von diesem bescheinigt werden.

Nummer	Leistung	Bes. Heilbeh.
110	Vordruck F 1100 Auskunft Behandlung	11.79
114	nicht besetzt	0,00
115	Vordruck F 2100 Verlaufsbericht	11.79
116	Vordruck F 3110 Belastungserprobung einschließlich Anlage F 3112 Arbeitsplatzbeschreibung	19.04
117	Vordruck F 1110 Auskunft Klärung Arbeitsunfall	19.04
118	Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers.	32.62
124	nicht besetzt	0,00
125	Vordruck F1050 Ärztliche Unfallmeldung	8.85
126	Vordruck F 1030 Augenarztbericht	14.62
127	Vordruck F 1040 Hals-Nasen-Ohrenarztbericht	14.62
128	Vollständige Dokumentation des Erlanger Atopie-Score nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger	19.04
129	Vordruck F 6150 Bericht Haut BK 5101	24.40
130	Vordruck F 6050 Hautarztbericht - Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention. Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten. *Portoauslagen und Tests (§ 43 Vertrag Ärzte/ UV-Träger) werden gesondert vergütet.*	59.01
131	Vordruck F 6052 Hautarztbericht - Behandlungsverlauf Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.	31.86
132	Arztvordruck F 1000 Durchgangsarztbericht	17.81
135	Vordruck F 6120 - Bericht Hautkrebs BK 5103	30
135 a	Vordruck F 6122 - Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103 Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.	50
136	Vordruck F 1002 Ergänzungsbericht Kopfverletzung	20.27
137	Vordruck F 1004 Ergänzungsbericht Knie	25

138		Vordruck F 1006 Ergänzungsbericht Schulter	25
139		Vordruck F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen	10.34
140		Vordruck F 1010 Handchirurgischer Erstbericht	17.81
141		Vordruck F 6000 Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (§ 44 Vertrag Ärzte/UV-Träger) Der Anspruch auf die Gebühr besteht auch dann, wenn der Arzt die Anzeige an die für den Arbeitsschutz zuständige Stelle übermittelt und der Unfallversicherungsträger sie von dieser Stelle erhält.	17.96
142		Vordruck F 6120 Bericht Wirbelsäule BK 2108, 2109, 2110	19.04
142	a	Vordruck F 6120 Bericht Carpaltunnel-Syndrom BK Nr. 2113	19.04
143		Vordruck Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3.23
144		Vordruck Bescheinigung über Transportunfähigkeit (§ 38 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	4.49
145		Überweisung ohne Formtext (§§ 26, 39 und 41 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	4.12

Formulargutachten

146	Formulargutachten Vordruck A 4200 Erstes Rentengutachten	120
147	Formulargutachten Vordruck A 4202 Erstes Rentengutachten Augen	120
148	Formulargutachten Vordruck A 4500 Zweites Rentengutachten (Rente auf unbestimmte Zeit)	100
149	Formulargutachten Vordruck A 4502 Zweites Rentengutachten Augen (Rente auf unbestimmte Zeit)	100
150	Formulargutachten Vordruck A 4510 Rentengutachten (Nachprüfung MdE)	100
151	Formulargutachten Vordruck A 4512 Zweites Rentengutachten Augen (Nachprüfung MdE)	100
152	Formulargutachten Vordruck A 4520 Rentengutachten (Rente nach Gesamtvergütung)	100
153	Formulargutachten Vordruck A 4550 Gutachten bei Abfindung	47.53
154	Formulargutachten Vordruck A 5512 Gutachten erhöhte Witwen-/Witwerrente	47.53

155	Formulargutachten Vordruck A 8200-2301 Gutachten BK 2301: Mit der Gebühr sind alle erforderlichen Untersuchungsleistungen (einschl. TEOAE und DPOAE) und Sachkosten – ausgenommen Röntgenleistungen - abgegolten. Werden dem Unfallversicherungsträger Sachkosten von einem Dritten in Rechnung gestellt, so sind diese vom Gutachtenhonorar abzuziehen. Soweit erforderlich, sind mit Begründung (siehe nachfolgende „Hinweise“) gesondert berechnungsfähig: - Nr. 1403 Tinnitusbestimmung - Nr. 1403 Verdeckungskurven (n. Feldmann) - Nr. 1403 Hörfeldskalierung/Hyperakusis - Nr. 1403 überschwellige Hörtestverfahren - Nr. 1403 Békésy-Audiometrie - Nr. 1407 Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral - Nr. 1408 BERA	271.82

Hinweise zu den gesondert berechnungsfähigen Untersuchungen:

Tinnitusbestimmung, Verdeckungskurven (nach Feldmann), Hörfeldskalierung:
Die Neufassung der Königsteiner Empfehlung beinhaltet optional eine umfangreiche Tinnitusdiagnostik als Standard. Eine Abrechnungsmöglichkeit soll bestehen, wenn abzuklären ist, ob ein vorliegender Tinnitus lärmbedingt ist, und die Untersuchungen jeweils durchgeführt und dokumentiert wurden. Für jede durchgeführte Untersuchung, also bis zu drei Mal, kann die Nummer 1403 zusätzlich abgerechnet werden.

Überschwellige Hörtestverfahren
Überschwelligen Hörprüfungen sind mit dem Ansatz der GOP 1403 nicht abgegolten, da die Legende auf „überschwellige Hörprüfung“ zwar hinweist, dies aber auch nur im Singular. Gemäß Neufassung der Königsteiner Empfehlung sind überschwellige Testverfahren wie eine Geräuschaudiometrie nach Langenbeck oder einen SISI-Test o. ä. nur notwendig, wenn OAE-Messungen nicht zu Ergebnissen führen. Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn OAE-Messungen nicht zu Ergebnissen führen und die Untersuchungen jeweils durchgeführt und dokumentiert wurden. Hierfür kann die Nummer 1403 bis zu drei Mal zusätzlich abgerechnet werden.

Békésy-Audiometrie
Bei der Békésy-Audiometrie handelt sich um ein automatisiertes Audiometrieverfahren, das der Differenzierung zwischen Adaptation und Hörermüdung dient oder anders ausgedrückt zwischen Innenohr- und neuraler Schädigung. Da es sich somit um ein völlig eigenständiges Verfahren handelt, ist eine gesonderte Abrechnung gerechtfertigt
Die Békésy-Audiometrie ist anzuwenden, wenn der Verdacht besteht, dass es sich nicht um eine reine Innenohrschwerhörigkeit handeln könnte und die Untersuchung jeweils durchgeführt und dokumentiert wurde. Hierfür kann die Nummer 1403 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Stapediuseflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral
Unter der 1407 wird üblicherweise die sog. Tympanometrie und die einfache Messung der Sta-pediusreflexe verstanden. Die Stapediusreflexschwellenbestimmung ist dagegen ein Verfahren, das ähnlich wie die überschwelligen Hörprüfungen dem Nachweis eines Recruitment dient. (Rec-ruitmentäquivalent-Metz, 1952)
Die Stapediuseflexschwellenbestimmung ipsi und contralateral ist nur notwendig, wenn Audio-metriebefunde und OAE-Messungen Zweifel aufwerfen. Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn Audiometriebefunde und OAE-Messungen Zweifel aufwerfen und die Untersuchungen jeweils durchgeführt und dokumentiert wurden. Hierfür kann die Nummer 1407 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Hirnstammaudiometrie (BERA)
Die BERA ist indiziert, wenn nach Messung der OAE Zweifel bestehen, dass es sich um eine in-nenohrbedingte Schwerhörigkeitsform handelt und evtl. eine retrocochleäre/neurale Ursache zu vermuten ist.

Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn die OAE-Messungen vorgenannte Zweifel aufwerfen und die Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurde. Hierfür kann die Nummer 1408 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Freie Gutachten

160	Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.	280
161	Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig.	490
	Zu den Höchstsätzen nach Nrn. 160, 161 gilt § 59 des Vertrags Ärzte/UV-Träger	
165	Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdi-agnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefgehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, zum Beispiel durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc.	700
190	Schreibgebühren für Arztvordrucke nach den Nummern 117 bis 124 und Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165 je Seite	4.50
191	je verlangte Kopie	0.21
192	Elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger	0.41
193	Übersendung von Krankengeschichten gem. B. VI Allgemeine Bestimmungen Nr.4 (zuzüglich Porto)	14.60

194	Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - (zuzüglich Porto) bzw. Hauttestprotokollen - vgl. Anmerkung zu Nr. 1403	3.14
195	Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschließlich Verpackung) pauschal je Sendung (zuzüglich Porto) - vgl. O. Allgemeine Bestimmungen Nr. 8 - 1). Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung.	6.46
196	Bei Bedarf im Hautarztverfahren und in der dermatologischen Begutachtung gefertigte Fotos, die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf CD/DVD (einschließlich der Herstellung, Verpackung, zuzüglich Porto) zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von der Anzahl der Fotos. Eine darüberhinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden	10.03

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.[1] Als operative Leistung in diesem Sinne gelten auch die Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005.

Nummer		Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	
200		Verband - ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -	3.83	4.76	1.19	2.95	4.14	1.28 *
201	A	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband - ausgenommen Nabelverband -	5.14	6.39	11.87	3.07	14.94	
201	B	bei Verwendung von Tape Verbänden	5.14	6.39	21.87	3.07	24.94	
202		Schanz'scher Halskrawattenverband	7.74	9.62	6.20	3.42	9.62	
203	A	Kompressionsverband/auch Schaumstoffkompressionsverband	7.74	9.62	1.76 [2]	3.42	5.18	3.88 *
203	B	Zinkleimverband	7.74	9.62	15.77	3.42	19.19	
204		Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes	7.74	9.62	7.46	3.42	10.88	
205		Rucksack- oder Désault-Verband	7.74	9.62	7.88 [3]	3.42	11.30	
208		Tape-Verband an Fingern oder Zehen	6.51	8.11	0.48	4.37	4.85	3.45 *
209		Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen	12.23	15.20	8	8.14	16.14	14.94 *
210		Kleiner Schienenverband - auch als erster Notverband bei Frakturen -	6.51	8.11	5.43	3.07	8.50	
211		Kleiner Schienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	5.30	6.59	1.52	1.88	3.40	1.65 *
212		Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als erster Notverband bei Frakturen -	12.86	16.02	10.11	6.84	16.95	

[1] Gilt nicht für die Berechnung von "Besonderen Kosten".
[2] Bei Verwendung von Gummielastik-Binden können an Stelle der Pauschgebühren die Selbstkosten berechnet werden.
[3] Bei Verwendung von Fertigverbänden für Schlüsselbeinfrakturen sind die Selbstkosten zu berechnen.
* = Diese Beträge gelten für die Besonderen Kosten der niedergelassenen Ärzte.

213		Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	11.39	14.19	5.23	5.78	11.01	5.56 *
214		Abduktionsschienenverband	19.38	24.12	30.27	8.14	38.41	
217		Streckverband	18.49	23.01	5.04	3.42	8.46	
218		Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	53.92	67.10	10.93	13.34	24.27	
226	A	Gipshülse	7.74	9.62	7.46	3.42	10.88	
226	B	bei Verwendung von Kunststoff	7.74	9.62	20.92	3.42	24.34	
227		Thermoplastische Fingerschiene (einschließlich individueller Zurichtung und Anpassung)	16.61	20.66	7.46	6.23	13.69	
228	A	Gipsschienenverband Unterarm	15.40	19.16	2.98	5.78	8.76	5.33 *
228	B	bei Verwendung von Kunststoff	15.40	19.16	12.44	5.78	18.22	16.52 *
228	C	Gipsschienenverband Unterschenkel oder Gipspantoffel	15.40	19.16	9.15	5.78	14.93	14.56 *
228	D	bei Verwendung von Kunststoff	15.40	19.16	30.40	5.78	36.18	
229		Gipsschienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	11.39	14.19	3.01	2.83	5.84	
230	A	Zirkulärer Finger- oder Zehengipsverband einschließlich Hand- oder Fußgelenk	24.68	30.71	7.67	5.78	13.45	
230	B	bei Verwendung von Kunststoff	24.68	30.71	20.60	5.78	26.38	
230	C	Zirkularer Unterarmgips einschließlich Hand	24.68	30.71	8.30	5.78	14.08	
230	D	bei Verwendung von Kunststoff	24.68	30.71	16.64	5.78	22.42	
230	E	Zirkulärer Gipsverband Unterschenkel einschließlich Fuß	24.68	30.71	15.35	5.78	21.13	
230	F	bei Verwendung von Kunststoff	24.68	30.71	94.18	5.78	99.96	
230	G	Zirkulärer Gipstutor	24.68	30.71	21.97	5.78	27.75	
230	H	bei Verwendung von Kunststoff	24.68	30.71	62.86	5.78	68.64	
231	A	Zirkulärer Gehgipsverband Unterschenkel mitFuß	29.33	36.48	27.22	6.25	33.47	
231	B	bei Verwendung von Kunststoff	29.33	36.48	122.14	6.25	128.39	
231	C	Zirkulärer Gehgipsverband für das ganze Bein	29.33	36.48	36.37	6.25	42.62	
231	D	bei Verwendung von Kunststoff	29.33	36.48	162.61	6.25	168.86	
235	A	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -	61.66	76.74	29.01	8.14	37.15	
235	B	bei Verwendung von Kunststoff	61.66	76.74	111.73	8.14	119.87	
236	A	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	77.06	95.89	39.94	26.55	66.49	
236	B	bei Verwendung von Kunststoff	77.06	95.89	133.38	26.55	159.93	
237	A	Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm	30.87	38.41	5.23	6.25	11.48	8.71 *
237	B	bei Verwendung von Kunststoff	30.87	38.41	20.98	6.25	27.23	29.10 *
237	C	Zirkulärer Gipsverband für das ganze Bein	30.87	38.41	24.59	6.25	30.84	
237	D	bei Verwendung von Kunststoff	30.87	38.41	135.17	6.25	141.42	
237	E	Großer Gipsschienenverband	30.87	38.41	11.46	6.25	17.71	
237	F	bei Verwendung von Kunststoff (Arm)	30.87	38.41	26.39	6.25	32.64	
237	G	bei Verwendung von Kunststoff (Bein)	30.87	38.41	41.09	6.25	47.34	
238		Gipsschienenverband über wenigstens zwei große Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	24.44	30.41	5.47	6.25	11.72	
239	A	Zirkulärer Gipsverband Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	61.66	76.74	63.39	8.14	71.53	
239	B	bei Verwendung von Kunststoff	61.66	76.74	172.91	8.14	181.05	
240	A	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	77.06	95.89	95.75	26.55	122.30	
240	B	bei Verwendung von Kunststoff	77.06	95.89	295.26	26.55	321.81	
245		Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	9.29	11.56	3.99 [1]	1.52	5.51	
246		Abnahme des zirkulären Gipsverbandes	12.38	15.41	0,00	2.24	2.24	
247	A	Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	9.29	11.56	1.89	3.42	5.31	
247	B	Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	9.29	11.56	11.77	3.42	15.19	
247	C	bei Verwendung von Kunststoff	9.29	11.56	22.84	3.42	26.26	25.40 *

1* Bei diesen Verbänden handelt es sich um zirkuläre Gips- bzw. Kunststoffverbände, deren Abnahme nach Nr. 246 berechnet werden kann.

1) Bei Verwendung von Fertigverbänden sind die Selbstkosten zu berechnen.

* = Diese Beträge gelten für die Besonderen Kosten der niedergelassenen Ärzte.

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

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.
Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.
Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.
Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

ummer		Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
250		Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	3.25	4.06	0,00	2.02	2.02
250	a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	3.25	4.06	0,00	2.02	2.02
251		Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	4.88	6.08	0,00	3.07	3.07
251	a	Blutentnahme zum Zwecke der Alkoholbestimmung.	47.73	47.73	0,00	3.07	3.07
		Befundbericht, Kosten der Koller-Venüle und Versandkosten sind mit der Gebühr abgegolten.					
252		Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3.25	4.06	0,00	1.88	1.88
253		Injektion, intravenös	5.71	7.09	0,00	2.02	2.02
254		Injektion, intraarteriell	6.51	8.11	0,00	2.36	2.36
255		Injektion, intraartikulär oder perineural	7.74	9.62	0,00	3.54	3.54
256		Injektion in den Periduralraum	15.07	18.75	0,00	6.25	6.25
257		Injektion in den Subarachnoidalraum	32.58	40.55	0,00	6.14	6.14
258		Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	14.65	18.25	0,00	6.03	6.03
259		Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	48.86	60.82	0,00	14.87	14.87
260		Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation -	16.28	20.27	0,00	4.96	4.96
		Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.					
261		Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	2.45	3.05	0,00	1.17	1.17
		Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.					
		Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.					
262		Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	36.66	45.61	0,00	15.34	15.34
263		Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	7.33	9.13	0,00	3.78	3.78
264		Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	9.77	12.15	0,00	3.78	3.78
265		Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	4.88	6.08	0,00	2.95	2.95
265	a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	7.33	9.13	0,00	3.30	3.30
266		Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	4.88	6.08	0,00	2.83	2.83
267		Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retro-bulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	6.51	8.11	0,00	3.30	3.30
268		Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Kör-perregion beidseitig), je Sitzung	10.59	13.17	0,00	5.78	5.78
269		Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	16.28	20.27	0,00	5.78	5.78
269	a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	28.51	35.46	0,00	5.78	5.78
		Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.					
270		Infusion, subkutan	6.51	8.11	0,00	3.54	3.54
271		Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	9.77	12.15	0,00	3.54	3.54
272		Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	14.65	18.25	0,00	4.48	4.48
273		Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	14.65	18.25	0,00	4.48	4.48
		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 Anästhesieantidoten.					
		Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.					
274		Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung -	26.08	32.45	0,00	11.44	11.44
		Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.					
275		Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	29.33	36.48	0,00	12.85	12.85
276		Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	43.98	54.73	0,00	18.88	18.88
277		Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	14.65	18.25	0,00	5.78	5.78
278		Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	19.56	24.34	0,00	6.03	6.03
279		Infusion in das Knochenmark	14.65	18.25	0,00	4.01	4.01
280		Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	26.88	33.46	0,00	10.73	10.73
		Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.					
281		Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	36.66	45.61	0,00	20.78	20.78

		Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.				
282		Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - *Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.*	12.23	15.20	0,00	6.96	6.96
283		Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - ein-schließlich der Anlage des Katheters -	40.73	50.69	0,00	17.46	17.46
284		Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme -	7.33	9.13	0,00	3.30	3.30
285		Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gege-benenfalls einschließlich Verband -	8.96	11.17	0,00	3.42	3.42
286		Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - ein-schließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	17.93	22.30	0,00	7.20	7.20
286	a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Ei-genplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	8.14	10.15	0,00	3.30	3.30
287		Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	65.17	81.10	0,00	21.24	21.24
288		Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retrans-fusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung -	18.74	23.32	0,00	7.20	7.20
289		Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retrans-fusion - einschließlich Auftrennung des Patien-tenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und an-schließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 °C oder darunter -	28.51	35.46	0,00	10.97	10.97
290		Infiltration gewebehärtender Mittel	9.77	12.15	0,00	4.72	4.72
291		Implantation von Hormonpreßlingen	5.71	7.09	0,00	3.19	3.19
297		Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gege-benenfalls einschließlich Fixierung - *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	3.67	4.57	0,00	2.48	2.48
298		Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Unter-suchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	3.25	4.06	0,00	2.12	2.12

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.

300		Punktion eines Gelenks	9.77	12.15	0,00	5.07	5.07
301		Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	13.03	16.22	0,00	5.43	5.43
302		Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	20.37	25.35	0,00	6.73	6.73
303		Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	6.51	8.11	0,00	2.36	2.36
304		Punktion der Augenhöhle	13.03	16.22	0,00	5.43	5.43
305		Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	28.51	35.46	0,00	10.62	10.62
305	a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	20.37	25.35	0,00	9.32	9.32
306		Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge - oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	40.73	50.69	0,00	8.73	8.73
307		Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	20.37	25.35	0,00	5.67	5.67
308		Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion -	28.51	35.46	0,00	6.37	6.37
310		Punktion des Herzbeutels	28.51	35.46	0,00	10.62	10.62
311		Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	16.28	20.27	0,00	6.37	6.37
312		Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -	24.44	30.41	0,00	6.49	6.49
314		Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	9.77	12.15	0,00	5.43	5.43
315		Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	20.37	25.35	0,00	6.03	6.03
316		Punktion des Douglasraums	20.37	25.35	0,00	6.73	6.73
317		Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	28.51	35.46	0,00	8.97	8.97
318		Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	9.77	12.15	0,00	5.67	5.67
319		Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	16.28	20.27	0,00	6.49	6.49
321		Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation -	4.08	5.06	0,00	2.60	2.60

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

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

340		Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	32.58	40.55	0,00	8.73	8.73
344		Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	8.14	10.15	0,00	3.19	3.19
345		Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	10.59	13.17	0,00	3.19	3.19
346		Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	24.44	30.41	0,00	10.03	10.03
347		Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	12.23	15.20	0,00	6.84	6.84
350		Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	12.23	15.20	0,00	4.96	4.96
351		Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader *Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.*	40.73	50.69	0,00	7.55	7.55
353		Einbringung des Kontrastmittels mittels intra-arterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle *Die Leistung nach Nummer 353 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechenbar.*	40.73	50.69	0,00	7.55	7.55
355		Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbrin-gung(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	48.86	60.82	0,00	31.52	31.52
355	a	Leistung nach Nummer 355, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360. *Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.*	41.27	41.27	0,00	31.52	31.52
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	32.58	40.55	0,00	21	21
356	a	Leistung nach Nummer 356, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360. *Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.*	27.51	27.51	0,00	21	21

357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjek-tion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/ oder Bauchaorta - einschließlich Röntgenkon-trolle und gegebenenfalls einschließlich fortlau-fender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	40.73	50.69	0,00	17	17
357 a	Leistung nach Nummer 357, jedoch im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351.	34.38	34.38	0,00	17	17
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplazie-rung zur selektiven Koronarangiographie - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung *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.*	81.45	101.37	0,00	33.98	33.98
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herz-katheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes - im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 - *Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.*	48.86	60.82	0,00	20.41	20.41
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	32.58	40.55	0,00	13.70	13.70
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	32.58	40.55	0,00	13.70	13.70
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstande-ner Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ -	16.28	20.27	0,00	6.84	6.84
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	22.82	28.38	0,00	9.56	9.56
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	20.37	25.35	0,00	8.50	8.50
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	12.23	15.20	0,00	5.19	5.19

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum von 3 Monaten 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 376-378 ist die ggf. 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. Bei allen an den DKG-Reihen orientierten Testreihen, die nicht zur Standard-Testreihe gehören, werden zu den Gebühren nach Nrn. 380, 381 und 382 zusätzlich 2,12 € je Test vergütet.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.
6. Für die Anfertigung und Übersendung von Kopien der Hauttestprotokolle wird eine Gebühr nach Nr. 194, zuzüglich Porto, erstattet.

375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß -	4.08	5.06	0,00	2.02	2.02
376	Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch -	6.51	8.11	0,00	2.02	2.02
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	4.08	5.06	0,00	2.02	2.02
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	9.77	12.15	0,00	4.48	4.48
379	Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger. Für die Vorbereitung der Testsubstanz werden zusätzlich 5,60 € (ohne spezifische Ausbereitung bzw. 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet.	2.45	3.05	0,00	0,00	0,00
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	2.45	3.05	0,00	1.66	1.66
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	1.63	2.04	0,00	1.06	1.06
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) *Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.*	1.22	1.51	0,00	0.82	0.82
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	2.45	3.05	0,00	0.95	0.95
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	3.25	4.06	0,00	1.06	1.06
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	3.67	4.57	0,00	1.66	1.66
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	2.45	3.05	0,00	1.06	1.06
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) *Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.*	1.63	2.04	0,00	0.71	0.71
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	2.85	3.55	0,00	1.52	1.52
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest,jeder weitere Test	2.05	2.53	0,00	1.17	1.17
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	4.88	6.08	0,00	1.66	1.66
391	Intrakutantest, jeder weitere Test *Mehr als 80 Intrakuntantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.*	3.25	4.06	0,00	1.06	1.06
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppen-extrakt, je Test	8.14	10.15	0,00	4.37	4.37
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393,je Tag	24.44	30.41	0,00	16.05	16.05
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppen-extrakt, je Test	22.82	28.38	0,00	12.39	12.39
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395,je Tag	45.61	56.77	0,00	24.67	24.67
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	30.96	38.52	0,00	10.73	10.73
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	61.91	77.04	0,00	21.24	21.24
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	16.28	20.27	0,00	8.85	8.85

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
2. Die Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
5. 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.
6. Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung - *Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berech-nungsfähig.*	27.51	27.51	0,00	21.71	21.71
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	20.37	25.35	0,00	13.57	13.57

	Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.					
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	12.23	15.20	0,00	8.14	8.14
	Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.					
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - ein-schließlich graphischer oder Bilddokumentation -	17.20	17.20	0,00	13.57	13.57
	Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.					
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler -	13.76	13.76	0,00	10.87	10.87
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	13.76	13.76	0,00	10.87	10.87
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Ge-fäßkatheters, je Sitzung	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	16.28	20.27	0,00	7.67	7.67
	Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.					
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	22.82	28.38	0,00	10.73	10.73
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum voll-endeten 2. Lebensjahr	22.82	28.38	0,00	10.73	10.73
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	17.11	21.28	0,00	8.14	8.14
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten -	17.11	21.28	0,00	8.14	8.14
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	6.51	8.11	0,00	3.07	3.07
	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 ein-schließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -	16.28	20.27	0,00	9.80	9.80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -	40.73	50.69	0,00	24.43	24.43
424	Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - ein-schließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)	57.03	70.97	0,00	34.10	34.10

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	12.23	15.20	0,00	2.83	2.83
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	17.93	22.30	0,00	4.13	4.13
	Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Num-mern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.					
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation -	32.58	40.55	2.21	3.78	5.99
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	32.58	40.55	0,00	18.06	18.06
	Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.					
431	Elektrokardioskopie im Notfall	8.14	10.15	0,00	5.43	5.43
433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	11.39	14.19	0,00	7.55	7.55

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vom 1. Januar 2016

1.1. Anwendung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe.

Zur Entscheidung, ob eine Operation unter ambulanten oder stationären Bedingungen durchzuführen ist, wird der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ nach Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (Stand: 01.01.2004) für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend zu Grunde gelegt.

1.2 Vorrang der ambulanten Leistungserbringung

Die in dem Katalog mit * gekennzeichneten Leistungen sollen im Regelfall ambulant erbracht werden. Wird die Leistung stationär erbracht, ist dies gesondert zu begründen. Die Entscheidung obliegt dem Durchgangsarzt oder dem Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO-Verletzungen und ggf. dem nach § 12 des Vertrages Ärzte/UVTr. hinzugezogenen Facharzt auf seinem Fachgebiet. Die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (siehe Pt. 1.4) sind zu beachten.

Eine stationäre Leistungserbringung kann insbesondere in Betracht kommen, wenn die in Anlage 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (Stand: 01.01.2004) genannten „Allgemeinen Tatbestände“ erfüllt sind. Bei der Entscheidung ist darüber hinaus die Gesamtkonstellation der Verletzungsfolgen und deren Auswirkungen auf die individuelle Situation und den Gesundheitszustand des Patienten zu berücksichtigen.

1.3 Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger

Die allgemeinen und besonderen Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger, insbesondere über Vorstellungspflichten beim Durchgangsarzt, die Hinzuziehung anderer Ärzte durch den Durchgangsarzt sowie Unterstützungs- und Berichtspflichten, bleiben unberührt.

1.4 Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens und des Schwerstverletzungsartenverfahrens

Handelt es sich um eine Verletzung des Verletzungsartenverzeichnisses, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Patient unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Bei Vorliegen einer in den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis mit "S" gekennzeichneten Verletzung erfolgt die Überweisung in ein von den Landesverbänden der DGUV am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus. Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

Eine Überweisung in ein beteiligtes Krankenhaus ist in den in den Erläuterungen zu Nummer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses mit einem "V" gekennzeichneten Fällen dann nicht erforderlich, wenn es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Handchirurgen handelt, der zur Behandlung Unfallverletzter von einem Landesverband der DGUV zugelassen ist (§ 37 Vertrag Ärzte/UV-Träger). In den in den Erläuterungen zu Nummer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses mit einem "S" gekennzeichneten Fällen braucht eine Überweisung nach Abs. 1 dann nicht zu erfolgen, wenn die Behandlung in einer von den Landesverbänden der DGUV beteiligten handchirurgischen Spezialeinrichtung erfolgt.

1.5 Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

Zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen in der GUV berechtigt sind in Praxis niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige Durchgangsärzte, die als solche bis zum 31.12.2010 von einem Landesverband beteiligt worden sind, andere nur, wenn sie über die Schwerpunktbezeichnung "Unfallchirurgie" bzw. über die Zasatzbezeichnung "Spezielle Unfallchirurgie" verfügen, bzw. Augen- und HNO-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. sowie Hautärzte und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen bei Verletzungen bzw. Erkrankungen auf dem jeweiligen Fachgebiet und Ärzte für Anästhesie, wenn sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind und/oder die Erklärungen nach § 3 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (Stand 01.01.2004) abgegeben haben, die fachlichen und räumlich-apparativen Voraussetzungen erfüllen und die notwendigen Pflichten anerkennen. Durchgangsärzte ohne Schwerpunktbezeichnung "Unfallchirurgie" bzw. Zasatzbezeichnung "Spezielle Unfallchirurgie" dürfen nur solche ambulanten Operationen durchführen und abrechnen, die in den Gebühren-Nrn. 442 bis 445 mit einem "*" gekennzeichnet sind, andere nur mit vorheriger Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger. Durchgangsärzte sind berechtigt, Arbeitsunfallverletzte an Ärzte, die zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, zur ambulanten Leistungserbringung zu überweisen (§ 12 Vertrag Ärzte/UV-Träger).
Beachte: *Für ab 1.1.2011 neu beteiligte Durchgangsärzte ohne Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung (so gen. Basis D-Ärzte) existieren bedeutende Einschränkungen hinsichtlich der Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen! Werden andere zuschlagspflichtige OP-Leistungen erbracht, als in den Gebühren-Nrn, 442 bis 445 mit einem "*" gekennzeichnete, besteht hierfür kein Anspruch auf Vergütung.*
In Zweifelsfällen ist die Erfüllung der Anforderungen gegenüber dem zuständigen Landesverband der DGUV nachzuweisen. Der Landesverband kann verlangen, dass der Arzt/das Krankenhaus die abgegebenen Erklärungen zur Einsichtnahme zur Verfügung stellt.
Der Arzt/das Krankenhaus ermöglicht dem Landesverband, jederzeit die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen.

2. 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- und Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wieder verwendbare Operationsmaterialien bzw. –geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge dann berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

3. nicht besetzt

4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Bewertung.

5. Die Leistungen nach den Nummern 448, 448a 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, 448a oder 449 darf die Leistung nach Nummern 56 und 57 nicht berechnet werden.

6. Die Zuschläge/Leistungen nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

440		Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig	27.60
441		Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung	Nr. 441 beträgt 100% des Gebührensatzes für die allg. Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens 79,92 €)
		Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.	
442		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 695, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1140, 1292, 1301, 1321, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1767, 1816, 2005*, 2010*, 2031*, 2060*, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100*, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256*, 2293, 2295, 2380*, 2381*, 2402*, 2405*, 2430*, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800*, 2890, 3120, 3220, 3237	32.57
442	a	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403*	17.70
		Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a bis 445 nicht berechnungsfähig. *Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.*	
443		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040*, 2041, 2045, 2051*, 2052*, 2073*, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2347, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397*, 2404*, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3300.	61.09
		Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.	
444		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1121, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1384, 1485, 1497, 1597, 1612, 1636, 1756, 1815, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2106, 2111, 2134, 2140, 2213, 2273, 2296, 2297, 2349, 2353*, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283.	105.88
		Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, , 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.	
445		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1048, 1056, 1126, 1137, 1145, 1159, 1160, 1285, 1346, 1349, 1350, 1351, 1352, 1354, 1361, 1367, 1374, 1375, 1382, 1383, 1447, 1448, 1471, 1595, 1611, 1613, 1614, 1625, 1626, 1637, 1638, 1766, 1768, 1769, 1800, 1827, 1851, 2043, 2044, 2067, 2070, 2082, 2083, 2089, 2112, 2117, 2119, 2121, 2135, 2189, 2190, 2191, 2193, 2260, 2263, 2268, 2269, 2281, 2282, 2354, 2356, 2385, 2390, 2394, 2419, 2570, 2584, 2586, 2587, 2588, 2589, 2682, 2687, 2695, 2699, 2701, 2823, 2882, 2883, 2895, 2896, 2897, 3095, 3097, 3284, 3285.	179.18
		Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a bis 444 nicht berechnungsfähig.	

446		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 469, 473, 476, 477, 478, 497, 498 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. *Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.*	20.71
447		Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 460, 462, 470, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. *Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.*	44.87
448		Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien	35
448	a	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen *Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448a und 449 nicht berechnungsfähig* *Die Leistung nach Nummer 448a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448a ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448 und 449 nicht berechnungsfähig.*	41.41
449		Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen *Die Leistung nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 449 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummer 448 und 448a nicht berechnungsfähig.*	62.12

Hinweis:
Die in den Gebühren-Nrn. 442 bis 445 mit einem "*" gekennzeichneten Leistungen dürfen auch von Durchgangsärzten ohne Schwerpunktbezeichnung "Unfallchirurgie" bzw. Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie durchgeführt und abgerechnet werden, wenn sie die übrigen Voraussetzungen für das ambulante Operieren erfüllen.

Diese Leistungen sind nachfolgend nochmals zusammengestellt:

Nr.	***Leistung***
2005	*Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht*
2008	*Wund- oder Fistelspaltung*
2009	*Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers*
2010	*Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen*
2031	*Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage*
2040	*Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z.B. Hämangiom)*
2051	*Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk*
2052	*Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk*
2060	*Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)*
2063	*Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062*
2073	*Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – ggf. einschließlich Versorgung einer frischen Wunde*
2100	*Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenkes*
2256	*Knochenaufmeißelung oder Nektrotomie bei kleinen Knochen*
2353	*Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen – auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen*
2354	*Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/ oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen.*
2380	*Überpflanzung von Epidermisstücken*
2381	*Einfache Hautlappenplastik*
2397	*Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung*
2402	*Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)*
2403	*Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen*
2404	*Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)*
2405	*Entfernung eines Schleimbeutels*
2430	*Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses*
2800	*Venaesectio*

Beachte: *Ambulante Operationen, die an Krankenhäusern durchgeführt werden, gelten wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung als persönliche Leistungen des Arztes und nicht wie in der gesetzlichen Krankenversicherung als Institutsleistung.*

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche medikamentöse Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung.
Als Dauer der Allgemeinanästhesie (Nr. 462) gilt bei ambulanten Operationen die Dauer von 25 Minuten vor Operationsbeginn bis 25 Minuten nach Operationsende. Als Operationsbeginn und –ende gilt die Schnitt-/Naht-Zeit.

Für die anästhesiologische Durchführung der Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren sind die "Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. zu den Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz" in der jeweils aktuellen Fassung verbindlich zu beachten.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
451	Intravenöse Kurznarkose	9.86	12.27	4.94	3.42	8.36
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	15.47	19.26	4.94	4.48	9.42
462	Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet einschließlich - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle, - kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - kontinuierlicher CO2-Messung und/oder Multigasmessung, - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens, - ggfs. Kehlkopfanästhesie, - ggf. Magensonde - bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten Neben der Leistung nach Nr. 462 sind die Leistungen nach Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ. Die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614, 617 und 650 sind obligate Leistungsbestandteile der Leistung nach Nr. 462. Diese sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren.	113.98	113.98	15.35 1)	32.68	48.03 1)
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447>			10,19 2)		42,87 2)

1) = berechnungsfähig bei Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder Maske oder Jet
2) = berechnungsfähig bei Allgemeinanästhesie mit endotrachealer Intubation

463	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer	38.53	38.53	5.57	10.70	16.27
464	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen Schmerzausschaltung	22.14	22.14	2.73	4.62	7.35
469	Kaudalanästhesie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446>*	20.37	25.35	6.83	3.07	9.90

470	Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard (rückenmarknahe Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter (z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus und/oder N. Femoralis und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle - ggf. Lokalanästhesie, - kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Elektrokardioskopie, bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten. Die Leistung ist nur einmal berechenbar. Neben der Leistung nach Nr. 470 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil und nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Nervenstimulator sind nicht gesondert berechenbar. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Ultraschall können nach Nr. 410 berechnet werden. Abrechnungsvoraussetzung ist die nachvollziehbare Dokumentation und Befundung. Diese ist dem UV- Träger auf Anforderung nachzuweisen. Neben dieser Leistung ist Nr. 496 nicht berechenbar. *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447>*	70.38	70.38	2.73	9.79	12.52
471	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie	22.14	22.14	1.54	3.10	4.64
472	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität.	22.14	22.14	2.73	4.62	7.35
473	Standby und / oder Analgosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme einschließlich - Überwachung der Vitalfunktionen, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie, - nicht invasiver Blutdruckmessung bis zu einer Dauer von 30 Minuten Neben der Leistung nach Nr. 473 sind die Leistungen nach Nrn. 602, 614 und 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ. *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446>*	38.98	38.98	1.48	19.80	21.28
474	Zuschlag zu den Leistungen nach 473 für jede weitere angefangene Viertelstunde	19.49	19.49	0.37	4.07	4.44
475	Überwachung einer kontinuierlichen Regionalanästhesie nach Nr. 470 mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 470 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag. Nur berechenbar im Zusammenhang mit Operationen an der Schulter bei begründeter Indikation. Berechenbar für max. 3 Tage.	49.84	49.84	20.07	13.96	34.03

476	Intravenöse Regionalanästhesie und intravenöse Sympathikusblockade einschließlich - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle - Anlage einer Doppelstaumanschette, - nicht invasiver kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie Die Leistung ist einmal berechenbar, unabhängig von der Dauer der Leistungserbringung. Neben der Leistung nach Nr. 476 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil. Diese Leistungen sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren und dem UV- Träger im begründeten Einzelfall auf Anforderung nachzuweisen. Diese Leistung ist nicht berechenbar für den Arzt, der gleichzeitig Leistungen aus dem Abschnitt L der UV-GOÄ berechnet. *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446>*	70.38	70.38	4.56	9.79	14.35
477	Einleitung und Überwachung einer supraklaviku-lären oder axillären Armplexus- oder Paraverte-bralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt	30.96	38.52	6.83	4.48	11.31
477 a	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446>*	15.47	19.26	2	4.48	6.48
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446>*	18.74	23.32	6.83	2.24	9.07
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	9.38	11.66	2.21	2.24	4.45
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	18.09	22.52	0,00	4.25	4.25
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447>*	38.69	48.14	0,00	8.14	8.14
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte-gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig	3.75	4.67	0,00	2.60	2.60
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	3.75	4.67	0,00	2.60	2.60
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	3.75	4.67	0,00	2.60	2.60
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	3.75	4.67	0,00	2.60	2.60
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens -	11.80	14.71	0,00	4.72	4.72
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	4.97	6.18	1.48	2.36	3.84
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie -	9.86	12.27	2.23	4.48	6.71
493	Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst -	4.97	6.18	1.15	2.24	3.39
494	Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusanästhesie -	9.86	12.27	2.94	4.48	7.42
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	9.86	12.27	2.94	4.48	7.42
496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	30.96	38.52	6.62	4.48	11.10
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447>*	17.93	22.30	0,00	3.66	3.66
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446>*	24.44	30.41	0,00	3.07	3.07

* = Diese Beträge gelten für die Besonderen Kosten der niedergelassenen Ärzte.

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Inhalationen

500	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -	3.09	3.85	0,00	0,00	0,00
501	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z. B. Bird-Respirator) *Neben der Leistung nach Nummer 501 sind die Leistungen nach den Nummern 500 und 505 nicht berechnungsfähig.*	7.01	8.72	0,00	0,00	0,00

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlunger

505	Atmungsbehandlung - einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen -	6.93	8.61	0,00	0,00	0,00
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	9.77	12.15	0,00	0,00	0,00
507	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	6.51	8.11	0,00	0,00	0,00
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	8.96	11.17	0,00	0,00	0,00
509	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	3.09	3.85	0,00	0,00	0,00
510	Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungs-fähig.*	5.71	7.09	0,00	0,00	0,00
514	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	8.55	10.64	0,00	0,00	0,00
515	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	3.09	3.85	0,00	0,00	0,00
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	5.30	6.59	0,00	0,00	0,00
518	Prothesengebrauchsschulung des Patienten - gegebenenfalls einschließlich seiner Betreu-ungsperson -, auch Fremdkraftprothesen-schulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	9.77	12.15	0,00	0,00	0,00

III. Massagen

520	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	3.67	4.57	0,00	0,00	0,00
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	5.30	6.59	0,00	0,00	0,00
523	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	5.30	6.59	0,00	0,00	0,00
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	2.85	3.55	0,00	0,00	0,00
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	4.48	5.57	0,00	0,00	0,00

527	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	7.66	9.53	0,00	0,00	0,00
528	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (Behandlungszeit 20 Minuten	10.86	13.50	0,00	0,00	0,00
529	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten (Behandlungszeit 20 Minuten)	14.55	18.11	0,00	0,00	0,00

IV. Hydrotherapie und Packungen

530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	2.85	3.55	0,00	0,00	0,00
531	Leitung eines ansteigenden Teilbades	3.75	4.67	0,00	0,00	0,00
532	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	6.20	7.70	0,00	0,00	0,00
533	Subaquales Darmbad	12.23	15.20	0,00	0,00	0,00

V. Wärmebehandlung

535	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	2.69	3.34	0,00	0,00	0,00
536	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine)	4.15	5.17	0,00	0,00	0,00
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	3.25	4.06	0,00	0,00	0,00
539	Ultraschallbehandlung	3.58	4.46	0,00	0,00	0,00

VI. Elektrotherapie

548	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	3	3.75	0,00	0,00	0,00
549	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	4.48	5.57	0,00	0,00	0,00
551	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Strom-formen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden - *Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nummer 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.*	3.90	4.86	0,00	0,00	0,00
552	Iontophorese	3.58	4.46	0,00	0,00	0,00
552 A	Leitungswasser-Iontophorese	7.18	8.91	0,00	0,00	0,00
553	Vierzellenbad	3.75	4.67	0,00	0,00	0,00
554	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	7.41	9.23	0,00	0,00	0,00
555	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	9.77	12.15	0,00	0,00	0,00
558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	9.77	12.15	0,00	0,00	0,00

VII. Lichttherapie

560	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	2.52	3.14	0,00	0,00	0,00

	Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.					
561	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	2.52	3.14	0,00	0,00	0,00
562	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	3.75	4.67	0,00	0,00	0,00
	Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.					
563	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	3.75	4.67	0,00	0,00	0,00
564	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	7.41	9.23	0,00	0,00	0,00
565	Photochemotherapie, je Sitzung	9.77	12.15	0,00	0,00	0,00
	Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. Creme-PUVA) kann zusätzlich die Nr. 567 abgerechnet werden.					
566	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	40.73	50.69	0,00	0,00	0,00
567	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum,je Sitzung	7.41	9.23	0,00	0,00	0,00
569	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	2.45	3.05	0,00	0,00	0,00
570	Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement) und Auftragen des Photosensibilisators, Okklusiv-Verband inkl. adäquatem Schmerzmanagement, ggf. Anwendung einer Kaltpackung inkl. Dokumentation Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung von bis zu 100 cm2 der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche, ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüber hinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen.	100.61	100.61	0,00	50.31	50.31
571	Leistung nach Nr. 570 für jeweils weitere angefangene 100 cm2 der vom Behandlungsplan zu Nr. 570 erfassten Gesamtfläche, ggf. auch in weiteren Sitzungen.	50	50	0,00	24	24
575	Laserbehandlung von aktinischen Keratosen bis zu 7 cm2 Gesamtfläche[1] inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation	55.22	68.72	0,00	26.51	26.51
576	Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 7 cm2 bis 21 cm2 Gesamtfläche[1] inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation	76.62	95.35	0,00	36.78	36.78
577	Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 21 cm2 Gesamtfläche[1] nur nach nachgewiesenem, dokumentiertem Versagen anderer Therapieformen (PDT und selbstapplizierbare Flächentherapie) inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlung inkl. Fotodokumentation	191.20	237.93	0,00	91.78	91.78

[1] Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	5.94	7.40	0,00	1.52	1.52
601	Hyperventilationsprüfung	3.58	4.46	0,00	2.36	2.36
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -	12.38	15.41	0,00	8.26	8.26
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - *Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungs-fähig.*	7.33	9.13	0,00	4.96	4.96
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substan-zen - gegebenenfalls einschließlich Phasenwin-kelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.* *Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.*	13.03	16.22	0,00	8.73	8.73
605	Ruhespirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	19.71	24.52	0,00	13.21	13.21
605 a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -	11.39	14.19	0,00	7.55	7.55
606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie -	30.87	38.41	0,00	20.65	20.65
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	19.71	24.52	0,00	13.21	13.21
608	Ruhespirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	6.20	7.70	0,00	4.13	4.13
609	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharma-kodynamisch wirksamer Substanzen *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	14.82	18.45	0,00	9.91	9.91
610	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) - gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung - *Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.*	49.28	61.33	0,00	33.04	33.04
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters -	49.28	61.33	0,00	33.04	33.04
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.* *Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.*	61.66	76.74	0,00	41.30	41.30
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	12.23	15.20	0,00	8.14	8.14
615	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	18.49	23.01	0,00	12.39	12.39
616	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung	24.68	30.71	0,00	16.52	16.52

	Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.					
617	Gasanalyse in der Exspirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	27.78	34.57	0,00	18.64	18.64
618	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	27.78	34.57	0,00	18.64	18.64
620	Rheographische Untersuchung der Extremitäten	12.38	15.41	0,00	8.26	8.26
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.					
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	10.34	12.86	0,00	6.96	6.96
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	14.82	18.45	0,00	9.91	9.91
623	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen *Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.*	11.39	14.19	0,00	7.67	7.67
624	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wie-dergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.*	26.88	33.46	0,00	17.94	17.94
626	Rechtsherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - *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.*	81.45	101.37	0,00	39.89	39.89
627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - *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.*	122.19	152.06	0,00	47.79	47.79
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360 *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.*	65.17	81.10	0,00	43.42	43.42
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - *Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.*	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle -	73.95	92.04	0,00	49.56	49.56

	Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.					
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle -	90.42	112.53	0,00	60.53	60.53
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle -	98.57	122.67	0,00	65.97	65.97
	Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.					
634	Lichtreflex-Rheographie	9.77	12.15	0,00	6.61	6.61
635	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	18.49	23.01	0,00	12.39	12.39
636	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Tempera-turreizen)	30.87	38.41	0,00	20.65	20.65
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung -	18.49	23.01	0,00	12.39	12.39
638	Punktuelle Arterien - und/oder Venenpulsschreibung	9.86	12.27	0,00	6.61	6.61
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)	37	46.02	0,00	24.78	24.78
640	Phlebodynamometrie	52.95	65.89	0,00	35.40	35.40
641	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung	33.64	41.87	0,00	22.55	22.55
642	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	45.13	56.17	0,00	30.21	30.21
643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	9.77	12.15	0,00	6.61	6.61
644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktio-naler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließ-lich graphischer Registrierung -	14.65	18.25	0,00	9.91	9.91
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	52.95	65.89	0,00	35.86	35.86
646	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisation sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	49.28	61.33	0,00	33.04	33.04
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -	17.93	22.30	0,00	11.93	11.93
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, - einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle -	49.28	61.33	0,00	33.04	33.04

649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung -	52.95	65.89	0,00	35.29	35.29
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG -	12.38	15.41	0,00	8.26	8.26
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)	20.61	25.65	0,00	13.81	13.81
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung -	36.27	45.11	0,00	24.32	24.32
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege *Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	20.61	25.65	0,00	13.81	13.81
654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	12.23	15.20	0,00	8.14	8.14
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	12.38	15.41	0,00	8.26	8.26
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	148.25	184.50	0,00	99.25	99.25
657	Vektorkardiographische Untersuchung	20.61	25.65	0,00	13.81	13.81
659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
660	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen - einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollablei-tung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung -	24.68	30.71	0,00	16.52	16.52
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - gegebenenfalls mit Magnettest -	43.18	53.74	0,00	28.91	28.91
665	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur ohne Kohlensäurebestimmung	9.86	12.27	0,00	6.61	6.61
666	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur mit Kohlensäurebestimmung	18.49	23.01	0,00	12.39	12.39
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	17.26	21.50	0,00	11.57	11.57
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	9.77	12.15	0,00	6.49	6.49
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit -	9.77	12.15	0,00	6.49	6.49
672	Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert -	9.77	12.15	0,00	6.49	6.49
674	Anlage eines Pneumothorax - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	30.14	37.50	0,00	20.18	20.18
675	Pneumothoraxfüllung - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	22.40	27.88	0,00	14.99	14.99
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	65.17	81.10	0,00	54.40	54.40
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	48.86	60.82	0,00	16.17	16.17
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) - gegebenenfalls einschließlich Lavage -	73.31	91.23	0,00	20.53	20.53

679	Mediastinoskopie - gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion -	89.60	111.51	5.47	30.92	36.39
680	Ösophagoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	44.81	55.75	0,00	20.53	20.53
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	67.22	83.65	0,00	39.77	39.77
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließ-lich Probeexzision und/oder Probepunktion -	69.24	86.17	0,00	16.28	16.28
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	81.45	101.37	0,00	38.12	38.12
684	Bulboskopie - gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	97.75	121.65	0,00	38.12	38.12
685	Duodeno-/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	109.96	136.86	0,00	38.12	38.12
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion -	122.19	152.06	0,00	38.12	38.12
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	122.19	152.06	0,00	38.12	38.12
688	Partielle Koloskopie - gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	73.31	91.23	0,00	38.12	38.12
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeex-zision und/oder Probepunktion -	57.03	70.97	0,00	9.68	9.68
690	Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	28.51	35.46	0,00	9.68	9.68
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen - gege-benenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	114.03	141.92	0,00	38.12	38.12
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion - mit Papillotomie (Hochfrequenz-elektroschlinge) und Steinentfernung	154.78	192.61	0,00	44.85	44.85
692 a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 -	32.58	40.55	0,00	6.61	6.61
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus- einschließlich Sondeneinführung -	24.44	30.41	0,00	4.72	4.72
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	40.73	50.69	0,00	7.08	7.08
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 - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	32.58	40.55	0,00	6.84	6.84
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 -	16.28	20.27	0,00	6.84	6.84
697	Saugbiopsie des Dünndarms - gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion -	32.58	40.55	0,00	7.32	7.32
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	16.28	20.27	0,00	11.44	11.44
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	9.77	12.15	0,00	6.84	6.84

700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	65.17	81.10	2.73	13.34	16.07
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	85.54	106.44	4.21	16.17	20.38
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	40.73	50.69	0,00	18.64	18.64
705	Proktoskopie	12.38	15.41	0,00	4.25	4.25
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	48.86	60.82	0,00	10.38	10.38
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	14.65	18.25	0,00	7.32	7.32
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes *Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.*	17.93	22.30	0,00	1.52	1.52
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	5.61	6.99	0,00	1.52	1.52
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	8.96	11.17	0,00	1.52	1.52
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung *Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.*	20.46	25.44	0,00	6.96	6.96
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	20.46	25.44	0,00	6.96	6.96
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung - gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsper-son -, Dauer mindestens 45 Minuten *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.*	24.44	30.41	0,00	16.40	16.40
726	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen - einschließlich aller dazugehörender psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmerschlaf - als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten *Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.*	24.44	30.41	0,00	16.40	16.40

		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	5.78	7.20	0,00	1.77	1.77
740	a	Kryochirurgische Therapie aktinischer Keratosen. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.	12.90	12.90	0,00	3.23	3.23
741		Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	6.20	7.70	0,00	1.77	1.77
742		Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	13.44	16.72	0,00	2.36	2.36
743		Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	6.11	7.61	0,00	1.52	1.52
744		Stanzen der Haut, je Sitzung	6.51	8.11	0,00	2.02	2.02
745		Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	3.75	4.67	0,00	3.19	3.19
746		Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	3.75	4.67	0,00	2.24	2.24
747		Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	3.58	4.46	0,00	2.02	2.02
748		Hautdrainage	6.20	7.70	0,00	3.07	3.07
750		Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	9.77	12.15	0,00	5.78	5.78
752		Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion -	12.23	15.20	0,00	2.71	2.71
753		Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen inklusive, Aufklärung und Beratung; Erstellung eines Behandlungsplans, Rezeptur eines für die Behandlung aktinischer Keratosen zugelassenen selbstapplizierbaren Flächentherapeutikums und Dokumentation, ggf. vorbereitende Maßnahmen. Das Auftragen von Fertigarzneimitteln kann nicht abgerechnet werden. Abrechnung einmalig pro rezeptiertem Therapiezyklus. Leistungen nach Nrn. 1 und 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung ist nicht kombinierbar mit den Leistungen nach Nrn. 575 bis 577.	25	25	0,00	6.25	6.25
754		Vorbereitende Maßnahmen bei AK Grad 3 nach Olsen (z.B. Kürretage / Debridement). Die Leistung kann nur in Kombination mit der Leistung nach Nr. 753 abgerechnet werden.	12	12	0,00	6	6
755		Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	19.56	24.34	0,00	5.19	5.19
756		Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen	9.86	12.27	0,00	5.78	5.78
757		Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen - Die Leistung ist nicht abrechenbar zur Behandlung von Hautkrebserkrankungen einschließlich Carcinomate in situ z. B. aktinischen Keratosen und Morbus Bowen.	10.35	12.88	0,00	5.20	5.20
758		Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	6.11	7.61	0,00	2.24	2.24
759		Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	6.20	7.70	0,00	4.13	4.13
760		Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	9.86	12.27	0,00	6.61	6.61
761		UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau -	6.20	7.70	0,00	1.88	1.88
762		Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	10.59	13.17	0,00	6.84	6.84

763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - gegebenenfalls einschließlich Naht -	12.06	15	5.47	5.78	11.25
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	15.47	19.26	0,00	7.08	7.08
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	22.82	28.38	5.47	6.84	12.31
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung	18.32	22.82	0,00	9.20	9.20
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	4.08	5.06	0,00	2.24	2.24
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	11.39	14.19	0,00	4.60	4.60
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	19.71	24.52	0,00	6.84	6.84
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	6.20	7.70	0,00	2.83	2.83
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	22.40	27.88	0,00	11.33	11.33
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Spülung	26.88	33.46	0,00	13.70	13.70
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	4.48	5.57	0,00	3.07	3.07
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	40.73	50.69	0,00	11.44	11.44
791	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse	26.08	32.45	0,00	7.43	7.43
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung	35.83	44.59	0,00	10.16	10.16
793	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag	9.38	11.66	0,00	2.83	2.83
	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 Nummern 50a bis 50e) 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.					
796	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	12.38	15.41	0,00	8.26	8.26

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
800	Eingehende neurologische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes - *Die Leistung ist nur für Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen und Neuropädiater berechnungsfähig und im Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechenbar. Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.*	17.11	21.28	0,00	4.57	4.57
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson - *Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.*	20.37	25.35	0,00	4.25	4.25
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -	12.23	15.20	0,00	3.07	3.07
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	20.37	25.35	0,00	4.25	4.25
807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen *Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.*	32.58	40.55	0,00	4.25	4.25
808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psycho-therapie - einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachter-verfahrens, gegebenenfalls einschließlich Be-sprechung mit dem nichtärztlichen Psycho-therapeuten -	32.58	40.55	0,00	1.66	1.66
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	40.73	50.69	0,00	4.25	4.25
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen -	14.65	18.25	0,00	3.07	3.07
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	14.65	18.25	0,00	3.07	3.07
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung	6.77	8.42	0,00	1.52	1.52
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - *Neben der Leistung nach Nummer 826 sind die Leistungen nach den Nummern 6, 800 und nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.*	8.06	10.03	0,00	1.52	1.52
827	Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen -	49.28	61.33	0,00	33.04	33.04
827 a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - ein-schließlich Aufzeichnung und Auswertung -	77.38	96.29	0,00	51.58	51.58

828	Messung visuell, akustisch, somatosensorisch oder magnetisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP, MEP)	49.28	61.33	0,00	33.04	33.04
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden - gegebenenfalls einschließlich Be-stimmung der Rheobase und der Chronaxie -	13.03	16.22	0,00	8.73	8.73
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen	6.51	8.11	0,00	1.52	1.52
831	Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen -	6.51	8.11	0,00	3.07	3.07
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	12.86	16.02	0,00	6.96	6.96
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen - *Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.*	23.22	28.89	0,00	6.96	6.96
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	5.21	6.49	0,00	1.52	1.52
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	15.47	19.26	0,00	6.96	6.96
837	Elektrische Konvulsionstherapie	22.24	27.68	0,00	7.55	7.55
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	44.81	55.75	0,00	29.97	29.97
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Ner-ven und Muskeln mit Untersuchung der Nerven-leitungsgeschwindigkeit	57.03	70.97	0,00	38.23	38.23
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	57.03	70.97	0,00	38.23	38.23
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik *Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.*	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	12.23	15.20	0,00	3.07	3.07
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	12.23	15.20	0,00	3.07	3.07
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	3.67	4.57	0,00	1.31	1.31
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neuroti-schen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	18.74	23.32	0,00	4.25	4.25
855	Projektive Testverfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. Rorschach-Test, TAT, ...) je Test	30	30	0,00	12.21	12.21
856	Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik einschließlich neuropsychologischer Verfahren(Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Verlaufsdiagnostik Anzahl anhängig von Fragestellung, einschließlich Verfahren zur Beschwerdenvalidierung (z. B. K-ABC, WIE, TAP, WMS, ...) je Test *Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.*	45	45	0,00	18.40	18.40

857	Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie Verlaufsmessung Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. BDI-II, BSCL, FPI, PSSI, HADS, IES-R, ETI, ...) je Test *Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.*	15	15	0,00	6.08	6.08
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 *Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.*	74.94	93.27	0,00	24.18	24.18
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	56.21	69.95	0,00	10.38	10.38
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	28.09	34.97	0,00	5.43	5.43
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	56.21	69.95	0,00	10.38	10.38
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	28.09	34.97	0,00	5.43	5.43
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behand-lung	28.09	34.97	0,00	3.07	3.07
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -	61.10	76.02	0,00	11.33	11.33
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer *Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.*	12.23	15.20	0,00	2.36	2.36
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	40.73	50.69	0,00	7.32	7.32
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Be-zugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familien-medizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	57.03	70.97	0,00	10.38	10.38
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	16.28	20.27	0,00	2.83	2.83

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.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1001	Tokographische Untersuchung	9.77	12.15	0,00	6.61	6.61
1002	Externe kardiotokographische Untersuchung	16.28	20.27	0,00	10.97	10.97
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich einer im zeit-lichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie -	30.87	38.41	0,00	20.65	20.65
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.					
1010	Amnioskopie	12.06	15	0,00	4.25	4.25
1011	Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	21.66	26.97	0,00	6.37	6.37
1012	Blutentnahme beim Fetus	6.04	7.51	0,00	3.07	3.07
1013	Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pHMessung(en) im Blut -	14.50	18.05	0,00	8.97	8.97
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	0,00	9.45	9.45
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - ge-gebenenfalls einschließlich Eipollösung -	12.06	15	0,00	6.37	6.37
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	21.66	26.97	0,00	3.07	3.07
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, aus-schließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Ge-burt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	105.89	131.79	0,00	4.25	4.25
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	45.13	56.17	0,00	23.36	23.36
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	67.77	84.36	0,00	30.45	30.45
1027	Entbindung durch Zange	67.77	84.36	0,00	28.56	28.56
1028	Äußere Wendung	30.14	37.50	0,00	5.78	5.78
1029	Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion -	90.42	112.53	0,00	29.62	29.62
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich *Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berech-net werden.*	30.14	37.50	0,00	6.96	6.96
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	158.85	197.68	0,00	56.89	56.89
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	188.18	234.16	46.78	39.89	86.67
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	165.37	205.78	46.78	45.09	91.87
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	225.65	280.79	46.78	45.09	91.87
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage -	28.51	35.46	0,00	6.49	6.49
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettement *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	67.13	83.52	0,00	21.95	21.95
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	45.13	56.17	0,00	21.95	21.95
1043	Naht des Gebärmutterhalses - einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses -	50.51	62.86	15.66	17.36	33.02

	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1044	Naht der weichen Geburtswege - auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung - und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses	34.22	42.58	15.66	16.76	32.42
	Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berech-nungsfähig.					
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses(III. Grades)	75.27	93.67	23.33	22.66	45.99
	Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berech-nungsfähig.					
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft	188.18	234.16	31.11	50.16	81.27
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes -	24.10	30	0,00	4.13	4.13
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	24.10	30	0,00	18.64	18.64
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	15.07	18.75	0,00	3.19	3.19
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff	60.19	74.92	0,00	16.17	16.17
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenen-falls einschließlich Erweiterung des Gebär-mutterhalskanals -	65.17	81.10	0,00	18.64	18.64
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutter-halskanals -	97.75	121.65	0,00	45.09	45.09
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intra-zervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.					
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion	75.27	93.67	0,00	18.64	18.64
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	15.07	18.75	0,00	7.55	7.55
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	14.50	18.05	0,00	5.07	5.07
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	19.56	24.34	0,00	5.07	5.07
1070	Kolposkopie	5.94	7.40	0,00	2.71	2.71
1075	Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen -	3.67	4.57	0,00	2.24	2.24
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	8.64	10.75	0,00	5.07	5.07
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung	4.81	5.98	0,00	5.43	5.43
1082	Ausstopfung der Gebärmutter - gegebenenfalls einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung	14.50	18.05	0,00	8.14	8.14
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	5.71	7.09	0,00	2.83	2.83
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	9.60	11.97	0,00	7.32	7.32
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich,als selbständige Leistung	24.10	30	0,00	7.32	7.32
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1086	Konisation der Portio	24.10	30	0,00	14.63	14.63
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	4.48	5.57	0,00	2.24	2.24
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	7.57	9.43	0,00	5.43	5.43
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	37.73	46.94	0,00	13.34	13.34
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	4.24	5.27	0,00	2.24	2.24
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	8.64	10.75	0,00	2.24	2.24
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	4.24	5.27	0,00	2.24	2.24

1095		Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	188.18	234.16	31.11	45.09	76.20
1096		Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	12.06	15	0,00	6.37	6.37
1097		Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - gegebenenfalls einschließlich Naht - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	7.78	10.87	18.65
1098		Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	7.78	10.87	18.65
1099		Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.71	65.59	7.78	10.87	18.65
1102		Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	12.06	15	0,00	10.03	10.03
1103		Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - gegebenenfalls einschließlich Abrasiound auch einschließlich Entfernung eines odermehrerer Polypen -	15.07	18.75	0,00	10.03	10.03
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 -	52.71	65.59	7.46	10.87	18.33
1105		Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	14.65	18.25	0,00	9.80	9.80
1110		Hysteroskopie	36.16	45.01	0,00	5.07	5.07
1111		Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	6.84	14.62
1112		Tubendurchblasung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	0,00	8.38	8.38
1113		Tubendurchblasung mit Druckschreibung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	34.22	42.58	0,00	9.80	9.80
1114		Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens -	30.14	37.50	0,00	14.28	14.28
1120		Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses - auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.71	65.59	11.77	27.85	39.62
1121		Operation eines alten vollkommenen Dammrisses *Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.* *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	135.22	168.28	23.33	38.59	61.92
1122		Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	25.96	33.74
1123		Plastische Operation bei teilweisem Verschluß der Scheide	225.65	280.79	23.33	42.01	65.34
1123	a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	184.93	230.12	23.33	42.01	65.34
1124		Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	301.39	375.08	23.33	54.40	77.73
1125		Vordere Scheidenplastik *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	15.66	39.89	55.55
1126		Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	105.07	130.77	15.66	46.37	62.03
1127		Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	135.22	168.28	23.33	52.98	76.31
1128		Scheiden- und Portioplastik - gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik -	180.83	225.04	31.11	56.99	88.10
1129		Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z. B. nach Shirodkar) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	15.66	29.26	44.92
1131		Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.87	38.41	3.68	10.87	14.55

1135	Zervixamputation	45.13	56.17	7.78	20.18	27.96
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbständige Leistung	30.87	38.41	3.68	5.78	9.46
1137	Vaginale Myomenukleation	105.07	130.77	31.11	34.34	65.45
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	225.65	280.79	38.89	58.41	97.30
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	271.26	337.57	46.78	85.91	132.69
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusopera-tion	27.13	33.75	3.68	10.87	14.55
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)	45.13	56.17	11.77	23.96	35.73
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1145	Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	135.22	168.28	38.89	41.07	79.96
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1146	Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	180.83	225.04	46.78	45.09	91.87
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	120.56	150.03	38.89	43.79	82.68
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	203.64	253.43	54.34	56.99	111.33
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	285.11	354.79	54.34	86.16	140.50
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	65.17	81.10	3.68	16.17	19.85
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1156	Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen einesPortioadapters einschließlich Durchführungintraabdominaler Eingriffe - gegebenenfalls ein-schließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion -	85.54	106.44	31.11	33.39	64.50
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1158	Kuldoskopie - auch mit operativen Eingriffen -	60.19	74.92	7.78	23.96	31.74
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile - auch Vulvektomie -	135.22	168.28	23.33	33.39	56.72
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)	225.65	280.79	23.33	88.98	112.31
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1161	Uterusamputation, supravaginal	120.56	150.03	31.11	58.41	89.52
1162	Abdominale Myomenukleation	150.71	187.53	31.11	59.01	90.12
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen - gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darm-harnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplas-tik und Beckenbodenplastik -	225.65	280.79	46.78	45.09	91.87
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	255.78	318.31	46.78	59.47	106.25
1166	Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginaloder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	376.33	468.33	62.22	76.59	138.81
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	399.16	496.73	62.22	88.98	151.20
1168	Exenteration des kleinen Beckens	480.60	598.08	62.22	88.98	151.20

I. Augenheilkunde

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	4.81	5.98	0,00	3.07	3.07
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	7.24	9.02	0,00	3.07	3.07
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	6.04	7.51	0,00	4.25	4.25
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	4.88	6.08	0,00	4.25	4.25
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	3.67	4.57	0,00	3.07	3.07
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	5.71	7.09	0,00	3.78	3.78
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test) *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	1.63	2.04	0,00	1.17	1.17
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Ver-ordnung - einschließlich objektiver Refraktions-bestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	18.58	23.10	0,00	10.38	10.38
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refrak-tionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	24.44	30.41	0,00	14.41	14.41
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gege-benenfalls Anpassung einer anderen Kontakt-linse (Haftschale) - einschließlich objektiver Re-fraktionsbestimmung, Messung der Hornhaut-radien und der Spaltlampenmikroskopie -	10.75	13.39	0,00	7.91	7.91
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontakt-linsen (Haftschalen) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhau-tradien und der Spaltlampenmikroskopie - *Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9 nicht berechnungsfähig.* *Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen und müssen deshalb weiche Kontakt-linsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.*	16.13	20.07	0,00	11.33	11.33
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	9.86	12.27	0,00	5.78	5.78
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus - gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	7.41	9.23	0,00	4.25	4.25
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes *Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9 nicht berechnungsfähig.*	19.71	24.52	0,00	8.14	8.14
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	57.03	70.97	0,00	16.17	16.17

1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster -	9.86	12.27	0,00	4.84	4.84
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	14.82	18.45	0,00	4.25	4.25
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	20.20	25.13	0,00	7.79	7.79
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben(z. B. Farbtafeln)	4.97	6.18	0,00	1.52	1.52
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	14.82	18.45	0,00	4.25	4.25
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation *Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungs-fähig.*	39.42	49.07	0,00	13.34	13.34
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	7.41	9.23	0,00	2.83	2.83
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	7.41	9.23	0,00	2.83	2.83
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	7.41	9.23	0,00	2.83	2.83
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	48.86	60.82	0,00	32.69	32.69
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) -	6.04	7.51	0,00	3.07	3.07
1241	Gonioskopie	12.38	15.41	0,00	5.78	5.78
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampen-mikroskopie der vorderen und mittleren Augenab-schnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung -	12.38	15.41	0,00	5.78	5.78
1243	Diasklerale Durchleuchtung	4.97	6.18	0,00	3.07	3.07
1244	Exophthalmometrie	4.08	5.06	0,00	4.25	4.25
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes -	19.71	24.52	0,00	11.44	11.44
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund-einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes - *Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abge-golten.*	39.42	49.07	0,00	26.31	26.31
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	22.24	27.68	0,00	8.14	8.14
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	22.24	27.68	0,00	8.14	8.14
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	8.14	10.15	0,00	4.13	4.13
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundus-fotographie	12.23	15.20	0,00	6.14	6.14
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	5.71	7.09	0,00	1.52	1.52
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	8.14	10.15	0,00	3.07	3.07
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonome-trischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes -	19.71	24.52	0,00	8.97	8.97
1259	Pupillographie	19.71	24.52	0,00	13.21	13.21
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	45.61	56.77	0,00	30.56	30.56

1262	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, erste Messung	19.71	24.52	0,00	8.97	8.97
1263	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung	12.38	15.41	0,00	7.55	7.55
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	12.38	15.41	0,00	12.28	12.28
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten	12.38	15.41	0,00	12.28	12.28
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	4.40	5.47	0,00	4.25	4.25
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	3.75	4.67	0,00	1.52	1.52
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	3	3.75	0,00	1.52	1.52
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	6.04	7.51	0,00	2.24	2.24
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	12.38	15.41	2.50	4.25	6.75
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	22.65	28.18	2.50	6.37	8.87
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	8.14	10.15	0,00	4.72	4.72
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels -	105.07	130.77	5.47	26.55	32.02
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augen-innern	180.83	225.04	7.46	48.97	56.43
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	12.38	15.41	0,00	7.08	7.08
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	5.47	10.87	16.34
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	7.46	13.34	20.80
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	7.78	20.18	27.96
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung ört-lichen Materials, ausgenommen das knöcherne Gerüst	122.19	152.06	7.78	20.18	27.96
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)	150.71	187.53	7.78	20.18	27.96
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	22.65	28.18	5.47	5.78	11.25
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	6.04	7.51	0,00	2.12	2.12
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	10.59	13.17	0,00	2.12	2.12
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	12.38	15.41	5.47	1.52	6.99
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals	10.75	13.39	0,00	2.02	2.02
1299	Tränensackexstirpation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	5.47	13.34	18.81

1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfenste-rung	99.38	123.67	5.47	20.18	25.65
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	5.47	9.45	14.92
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	5.47	6.84	12.31
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	18.74	23.32	0,00	1.52	1.52
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	7.46	8.14	15.60
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	5.47	17.36	22.83
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	7.46	17.36	24.82
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	120.56	150.03	7.78	17.36	25.14
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	7.46	23.96	31.42
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	150.71	187.53	7.78	23.96	31.74
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippen-schleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Trans-plantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel -	150.71	187.53	15.66	23.96	39.62
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	4.24	5.27	0,00	1.52	1.52
1321	Operation des Flügelfells *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	5.47	8.14	13.61
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	135.22	168.28	7.46	43.79	51.25
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren,je Sitzung	5.45	6.80	0,00	2.24	2.24
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhaut-wunde	18.74	23.32	5.47	9.68	15.15
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenen-falls mit Bindehautdeckung -	90.42	112.53	7.46	26.55	34.01
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Ver-sorgung von Regenbogenhaut und Linse	150.71	187.53	7.46	23.96	31.42
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	263.11	327.44	14.82	59.47	74.29
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.46	39.89	47.35
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel,zusätzlich zu Nummer 1330 *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	4.21	13.34	17.55
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	7.46	39.89	47.35
1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel,zusätzlich zu Nummer 1332 *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	4.10	13.34	17.44
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	4.57	5.68	0,00	1.52	1.52
1339	Abschabung der Hornhaut	12.06	15	0,00	3.07	3.07

1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelent-fernung	15.07	18.75	0,00	4.25	4.25
1341	Tätowierung der Hornhaut	27.13	33.75	0,00	5.07	5.07
1345	Hornhautplastik	135.22	168.28	7.46	43.79	51.25
1346	Hornhauttransplantation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	225.65	280.79	7.46	63.38	70.84
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothesis)	246.82	307.16	7.46	63.38	70.84
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	67.77	84.36	5.47	16.17	21.64
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - gegebenenfalls mit Extraktion zurückge-bliebener Linsenteile - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	150.71	187.53	6.10	39.89	45.99
1350	Staroperation - gegebenenfalls mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	193.06	240.26	5.47	39.89	45.36
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	225.65	280.79	7.78	65.50	73.28
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	146.63	182.46	7.78	43.79	51.57
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	67.77	84.36	7.78	23.96	31.74
1354	Extraktion der luxierten Linse *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	180.83	225.04	7.78	48.97	56.75
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	7.78	23.96	31.74
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selb-ständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	5.47	9.45	14.92
1357	Hintere Sklerotomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	5.47	9.45	14.92
1358	Zyklodialyse, Iridektomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	81.45	101.37	5.47	33.39	38.86
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	40.73	50.69	5.47	17.71	23.18
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	81.45	101.37	0,00	38.94	38.94
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	150.71	187.53	5.47	39.89	45.36
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	246.82	307.16	7.46	63.38	70.84
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung,je Sitzung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	0,00	46.62	46.62
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	5.47	21.24	26.71
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	180.83	225.04	5.47	46.62	52.09
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	246.82	307.16	5.47	46.62	52.09
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	150.71	187.53	0,00	46.62	46.62
1370	Operative Entfernung des Augapfels	75.27	93.67	7.46	20.18	27.64

1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	105.07	130.77	7.78	26.55	34.33
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	150.71	187.53	7.78	46.62	54.40
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	90.42	112.53	7.46	22.77	30.23
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -	248.45	309.19	5.47	12.39	17.86
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse	285.11	354.79	7.78	14.16	21.94
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	120.56	150.03	7.78	32.81	40.59
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe	22.82	28.38	5.47	5.78	11.25
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	162.92	202.73	7.46	48.97	56.43
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	225.65	280.79	7.46	48.97	56.43
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom	203.64	253.43	7.46	48.97	56.43
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung	203.64	253.43	7.46	48.97	56.43
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung	67.61	84.13	7.78	23.96	31.74
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	105.07	130.77	7.78	26.55	34.33

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1400	Genaue Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	6.20	7.70	0,00	1.52	1.52
1401	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	4.88	6.08	0,00	1.52	1.52
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels konti-nuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenz-bereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) - auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung -	12.86	16.02	0,00	8.61	8.61
	Für Kopie und Versand von Tonschwellenaudio-grammen - auch beiderseits - wird ein Betrag in Höhe von € 3,14 zuzüglich Porto erstattet (Abrechnung als Geb.-Nr. 194).					
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)	12.86	16.02	0,00	8.61	8.61
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungs-fähig.					
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	5.14	6.39	0,00	3.42	3.42
1406	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungs-reflexen - gegebenenfalls einschließlich über-schwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung -	14.82	18.45	0,00	9.91	9.91
	Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.					
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Laut-heitstest), auch beidseitig	14.82	18.45	0,00	9.91	9.91
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	72.34	90.02	0,00	48.39	48.39
1409	Messung otoakustischer Emissionen	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
	Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.					
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	7.41	9.23	0,00	1.52	1.52
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	21.58	26.86	0,00	14.51	14.51
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	3.42	4.26	0,00	1.52	1.52
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	7.41	9.23	0,00	1.52	1.52
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	9.86	12.27	0,00	3.42	3.42
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	8.14	10.15	0,00	2.24	2.24
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums - gege-benenfalls einschließlich der Stimmbänder -	14.65	18.25	0,00	4.37	4.37
	Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungs-fähig.					
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	4.08	5.06	0,00	2.24	2.24
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	8.14	10.15	0,00	4.01	4.01
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	7.74	9.62	0,00	2.83	2.83
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	7.78	2.83	10.61
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	6.20	7.70	0,00	3.07	3.07
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probe-exzision	9.69	12.06	7.78	4.48	12.26
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	7.41	9.23	0,00	4.72	4.72

1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	2.93	3.65	0,00	2.24	2.24
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	0,00	9.80	9.80
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	30.14	37.50	0,00	9.80	9.80
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	10.59	13.17	0,00	7.08	7.08
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	7.78	8.14	15.92
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	0,00	12.28	12.28
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöcher-nen Leiste *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	16.17	23.95
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederher-stellung der Nasenatmung - gegebenenfalls ein-schließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	135.22	168.28	15.66	83.54	99.20
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasenge-rüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	193.06	240.26	15.66	115.06	130.72
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	301.39	375.08	23.33	166.87	190.20
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	602.80	750.14	31.11	313.33	344.44
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	65.17	81.10	11.77	16.17	27.94
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	89.60	111.51	23.33	26.67	50
1455	Plastische Operation zum Verschluß einer Nasenscheidewandperforation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	44.81	55.75	7.78	17.71	25.49
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	18.89	23.53	0,00	9.80	9.80
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	0,00	16.52	16.52
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	105.07	130.77	15.66	26.55	42.21
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	6.04	7.51	0,00	4.72	4.72
1465	Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -	9.69	12.06	0,00	4.25	4.25
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 -	14.50	18.05	0,00	6.37	6.37
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	33.16	41.26	0,00	11.93	11.93
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	0,00	10.62	10.62
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	45.13	56.17	0,00	17.36	17.36
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus - einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand -	60.19	74.92	7.78	20.18	27.96
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle - gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	11.77	33.39	45.16
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	18.09	22.52	0,00	9.80	9.80
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen *Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.*	180.83	225.04	15.66	52.98	68.64
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus - gegebenenfalls ein-schließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -	14.50	18.05	0,00	6.37	6.37
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -	4.81	5.98	0,00	2.24	2.24
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	3.67	4.57	0,00	2.24	2.24

1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbein-zellen von außen	75.27	93.67	15.66	26.55	42.21
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	90.42	112.53	15.66	33.39	49.05
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	120.56	150.03	15.66	39.89	55.55
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	150.71	187.53	15.66	52.98	68.64
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	105.07	130.77	15.66	33.39	49.05
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)	24.10	30	0,00	12.39	12.39
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	90.42	112.53	7.78	37.06	44.84
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	180.83	225.04	15.66	52.98	68.64
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	90.42	112.53	7.78	33.39	41.17
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	3.58	4.46	0,00	2.24	2.24
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	37.73	46.94	0,00	14.87	14.87
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	60.19	74.92	0,00	21.84	21.84
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	27.13	33.75	7.78	8.14	15.92
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	12.06	15	0,00	6.37	6.37
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	15.07	18.75	0,00	6.37	6.37
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	4.57	5.68	0,00	3.19	3.19
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	7.57	9.43	0,00	3.54	3.54
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	37.73	46.94	0,00	20.27	20.27
1510	Schlitzung des Parotis- oder SubmandibularisAusführungsganges - gegebenenfalls ein-schließlich Entfernung von Stenosen -	15.47	19.26	0,00	6.37	6.37
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	15.07	18.75	0,00	5.90	5.90
1512	Teilweise Entfernung der Zunge - gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis -	90.42	112.53	15.66	23.96	39.62
1513	Keilexzision aus der Zunge	30.14	37.50	7.78	10.87	18.65
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	180.83	225.04	23.33	55.59	78.92
1518	Operation einer Speichelfistel	60.19	74.92	7.78	14.76	22.54
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	45.13	56.17	7.78	14.76	22.54
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	73.31	91.23	7.78	26.55	34.33
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromge-bietes	150.71	187.53	15.66	34.34	50
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis - gegebenenfalls einschließlich Ausräu-mung des regionären Lymphstromgebietes -	162.92	202.73	23.33	39.89	63.22
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	3.75	4.67	0,00	2.02	2.02
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	6.20	7.70	0,00	3.66	3.66
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettement im Kehlkopf	30.14	37.50	0,00	3.42	3.42
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	45.13	56.17	0,00	11.22	11.22
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	12.38	15.41	0,00	6.14	6.14
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	14.82	18.45	0,00	7.08	7.08
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	14.82	18.45	0,00	7.08	7.08
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	40.73	50.69	0,00	23.47	23.47
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	37.73	46.94	0,00	10.27	10.27
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf	52.71	65.59	0,00	14.16	14.16
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	150.71	187.53	15.66	42.36	58.02
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	113.23	140.90	7.78	25.84	33.62
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	150.71	187.53	15.66	42.36	58.02
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	134.40	167.26	23.33	39.89	63.22
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes - einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynx-plastik -	150.71	187.53	23.33	42.36	65.69
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	180.83	225.04	23.33	51.80	75.13

1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes - einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebie-tes und gegebenenfalls von benachbarten Organen -	301.39	375.08	38.89	92.99	131.88
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie - einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Ary-knorpels -	225.65	280.79	31.11	88.98	120.09
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	167.82	208.83	31.11	51.80	82.91
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	97.75	121.65	23.33	53.46	76.79
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	24.44	30.41	0,00	12.39	12.39
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - gegebe-nenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie -	244.38	304.12	46.78	88.98	135.76
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachver-ständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)	9.69	12.06	0,00	3.42	3.42
	Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.					
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimm-klanges, des Stimmeinsatzes, der Tonhalte-dauer, des Stimmumfanges und der Sprach-stimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	9.69	12.06	0,00	3.42	3.42
1557	Elektroglottographische Untersuchung	8.64	10.75	0,00	6.25	6.25
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflosen (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstim-me), je Sitzung	12.06	15	0,00	3.78	3.78
1559	Sprachübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikula-tionsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satz-strukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maß-nahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer minde-stens 30 Minuten	16.86	20.98	0,00	4.25	4.25
1560	Stimmübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmein-satz, Stimmhalteübungen und -entspannungs-übungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzel-behandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	16.86	20.98	0,00	4.25	4.25
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfröpfen, auch beidseitig	3.67	4.57	0,00	1.52	1.52
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	3.67	4.57	0,00	1.52	1.52
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	6.04	7.51	0,00	3.78	3.78
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	15.07	18.75	0,00	5.07	5.07
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	6.04	7.51	0,00	3.07	3.07
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	12.06	15	0,00	4.25	4.25
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	10.59	13.17	0,00	4.25	4.25
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweil-röhrchens)	26.08	32.45	0,00	13.34	13.34
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhr-chens	3.67	4.57	0,00	2.02	2.02
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	3.25	4.06	0,00	2.02	2.02
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehör-gang -	5.71	7.09	0,00	3.66	3.66
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	7.24	9.02	0,00	3.42	3.42
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	10.59	13.17	0,00	5.07	5.07
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sit-zungen	24.10	30	0,00	9.80	9.80
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehör-gang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)	45.13	56.17	7.78	16.17	23.95
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					

1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	2.45	3.05	0,00	1.52	1.52
1590	Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arznei-mitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig	6.04	7.51	0,00	3.30	3.30
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	3.25	4.06	0,00	1.52	1.52
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	150.71	187.53	7.78	42.36	50.14
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	120.56	150.03	7.78	36.23	44.01
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	0,00	37.52	37.52
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikalopera-tion)	135.22	168.28	7.78	39.89	47.67
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Frei-legung sämtlicher Mittelohrräume -	225.65	280.79	15.66	66.21	81.87
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - gegebenenfalls einschließ-lich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 -	135.22	168.28	15.66	39.89	55.55
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 -	225.65	280.79	15.66	66.21	81.87
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	120.56	150.03	7.78	26.55	34.33
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	7.78	26.55	34.33
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	0,00	30.68	30.68
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	191.44	238.23	7.78	52.17	59.95
1614	Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	255.78	318.31	7.78	66.21	73.99
1620	Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes -	191.44	238.23	7.78	63.38	71.16
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	90.42	112.53	7.78	26.55	34.33
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	57.03	70.97	7.78	22.07	29.85
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - gegebenenfalls einschließlich Interposition -	191.44	238.23	7.78	52.17	59.95
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	191.44	238.23	7.78	52.17	59.95
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	180.83	225.04	7.78	52.17	59.95
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	108.33	134.82	7.78	22.07	29.85
1628	Plastischer Verschluß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	13.34	21.12
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	301.39	375.08	7.78	92.99	100.77
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	20.18	27.96
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	72.24	89.92	7.78	38.83	46.61
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	114.03	141.92	7.78	52.17	59.95
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	366.57	456.17	31.11	166.87	197.98
1639	Unterbindung der Vena jugularis	45.13	56.17	7.78	13.34	21.12

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.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	3.67	4.57	0,00	1.88	1.88
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	6.04	7.51	0,00	3.42	3.42
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, erste Sitzung	14.50	18.05	0,00	7.67	7.67
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	12.06	15	0,00	7.67	7.67
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	45.13	56.17	11.77	18.77	30.54
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	6.11	7.61	0,00	3.42	3.42
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	4.88	6.08	0,00	2.36	2.36
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	4.81	5.98	0,00	2.36	2.36
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	6.04	7.51	0,00	3.42	3.42
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	9.69	12.06	0,00	7.67	7.67
1713	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation, Erstbougierung und/oder Spaltung einer Striktur) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	0,00	17.23	17.23
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	18.74	23.32	7.78	12.39	20.17
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	24.44	30.41	0,00	12.14	12.14
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	45.13	56.17	15.66	23.96	39.62
1721	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch Naht	45.13	56.17	19.66	27.02	46.68
1722	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	90.42	112.53	19.66	47.93	67.59
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	135.22	168.28	31.11	47.93	79.04
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	135.22	168.28	31.11	47.93	79.04
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	4.81	5.98	0,00	3.54	3.54
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	8.47	10.54	0,00	5.43	5.43
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	3	3.75	0,00	1.52	1.52
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	6.04	7.51	0,00	4.72	4.72
1732	Einlegung eines Verweilkatheters - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Num-mer 1728 oder Nummer 1730 - *Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.*	6.04	7.51	0,00	3.54	3.54
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	3.25	4.06	0,00	2.24	2.24
1737	Meatomie	6.04	7.51	5.78	3.42	9.20
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	23.33	18.77	42.10
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	4.88	6.08	0,00	2.02	2.02
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.10	30	11.77	8.14	19.91
1741	Phimoseoperation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	11.77	8.14	19.91
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	6.93	8.61	5.78	1.52	7.30
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	45.13	56.17	31.11	18.77	49.88
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	90.42	112.53	54.34	23.36	77.70
1747	Penisamputation	45.13	56.17	38.89	14.76	53.65

1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen - einschließlich Verlagerung der Harnröhre -	180.83	225.04	62.22	46.62	108.84
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	203.64	253.43	38.89	49.45	88.34
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	260.67	324.39	46.78	72	118.78
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	75.27	93.67	31.11	27.85	58.96
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	203.64	253.43	38.89	65.37	104.26
1753	Entfernen einer Penisprothese	44.81	55.75	7.78	14.76	22.54
1754	Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penis-gefäßen und/oder Skrotalfächern - einschließlich graphischer Registrierung -	14.65	18.25	0,00	9.20	9.20
1755	Unterbindung eines Samenleiters - auch mit Teilresektion -, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	11.77	10.38	22.15
1756	Unterbindung beider Samenleiter - auch mit Teilresektion(en) -, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	67.77	84.36	11.77	14.76	26.53
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	45.13	56.17	7.78	12.28	20.06
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	90.42	112.53	31.11	23.36	54.47
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	228.08	283.84	7.78	117.54	125.32
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	120.56	150.03	23.33	46.62	69.95
1761	Operation eines Wasserbruchs *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	23.33	14.76	38.09
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	97.75	121.65	23.33	33.63	56.96
1763	Einlegen einer Hodenprothese	60.29	75	15.66	14.76	30.42
1764	Entfernen einer Hodenprothese	37.47	46.63	7.78	12.28	20.06
1765	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	54.34	14.76	69.10
1766	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	97.75	121.65	77.79	27.85	105.64
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	23.33	12.28	35.61
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	97.75	121.65	31.11	27.85	58.96
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	54.34	36.46	90.80
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	120.56	150.03	54.34	36.46	90.80
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	75.27	93.67	23.33	27.85	51.18
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	120.56	150.03	31.11	36.46	67.57
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) - gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat -	3.67	4.57	0,00	2.24	2.24
1776	Eröffnung eines Prostataabzesses vom Damm aus	30.14	37.50	7.78	10.03	17.81
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	75.27	93.67	31.11	39.89	71
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	150.71	187.53	70.01	55.59	125.60
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	210.97	262.55	70.01	65.37	135.38
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	150.71	187.53	77.79	39.89	117.68
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließ-muskels	225.65	280.79	77.79	65.37	143.16
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	90.42	112.53	15.66	23.36	39.02
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	150.71	187.53	70.01	47.68	117.69
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknoten-entfernung	285.11	354.79	77.79	78.48	156.27
1785	Zystoskopie	16.86	20.98	0,00	9.45	9.45
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	28.91	35.99	0,00	14.87	14.87
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	20.52	25.54	0,00	10.87	10.87
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	24.10	30	0,00	12.39	12.39
1789	Chromozystoskopie - einschließlich intravenöser Injektion -	26.47	32.94	2.31	14.87	17.18

1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken -	30.14	37.50	0,00	16.40	16.40
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	12.06	15	0,00	7.08	7.08
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	17.26	21.50	0,00	10.51	10.51
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - *Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.*	32.58	40.55	0,00	21.84	21.84
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Regi-strierung - einschließlich physikalischer Provo-kationstests - *Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.*	55.40	68.93	0,00	37.06	37.06
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	22.24	27.68	0,00	14.87	14.87
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	60.19	74.92	15.66	14.76	30.42
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung	28.91	35.99	0,00	14.41	14.41
1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - *Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.*	44.81	55.75	0,00	29.97	29.97
1799	Nierenbeckendruckmessung	12.23	15.20	0,00	7.20	7.20
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	0,00	33.04	33.04
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - gegebe-nenfalls einschließlich Anlegung eines Fistel-katheters -	120.56	150.03	38.89	37.06	75.95
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch ein-schließlich Probeexzision - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	20.18	27.96
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.*	90.42	112.53	7.78	26.55	34.33
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung	150.71	187.53	38.89	39.89	78.78
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	150.71	187.53	38.89	47.68	86.57
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	180.83	225.04	54.34	92.52	146.86
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	331.54	412.59	54.34	92.52	146.86
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenfalls einschließ-lich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samen-blasenentfernung -	391.01	486.58	62.22	92.52	154.74
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	375.53	467.33	62.22	92.52	154.74
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters *Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.*	27.70	34.46	0,00	16.40	16.40
1814	Harnleiterbougierung	73.31	91.23	0,00	33.52	33.52
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - gegebenenfalls ein-schließlich Schlitzung des Harnleiterostiums - *Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.* *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	0,00	33.52	33.52
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	39.19	48.77	0,00	18.42	18.42

1817		Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	180.83	225.04	31.11	55.59	86.70
1818		Ureterektomie - gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette -	225.65	280.79	54.34	65.37	119.71
1819		Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	305.48	380.14	38.89	138.42	177.31
1823		Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antireflux-plastik, einseitig	210.97	262.55	31.11	65.37	96.48
1824		Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	271.26	337.57	54.34	92.52	146.86
1825		Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	225.65	280.79	54.34	65.37	119.71
1826		Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	37.73	46.94	7.78	14.76	22.54
1827		Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung - gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistun-gen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787 *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	122.19	152.06	0,00	33.75	33.75
1828		Ureterpyeloskopie - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung -	122.19	152.06	0,00	33.75	33.75
1829		Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperito-nealen Verwachsungen des Harnleiters)	210.97	262.55	38.89	65.37	104.26
1829	a	Ureterolyse, als selbständige Leistung *Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungs-fähig.*	90.42	112.53	31.11	39.89	71
1830		Operative Freilegung einer Niere - gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses -	90.42	112.53	31.11	39.89	71
1831		Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	120.56	150.03	38.89	39.89	78.78
1832		Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	135.22	168.28	7.78	48.14	55.92
1833		Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	19.31	24.03	0,00	11.08	11.08
1834		Operation eines aberrierenden Nierengefäßes - ohne Eröffnung des Nierenbeckens -, als selbständige Leistung	120.56	150.03	62.22	39.89	102.11
1835		Trennung der Hufeisenniere	263.11	327.44	77.79	71.51	149.30
1836		Nierenpolresektion, als selbständige Leistung	225.65	280.79	62.22	71.51	133.73
1837		Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	135.22	168.28	62.22	39.89	102.11
1838		Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	180.83	225.04	38.89	51.80	90.69
1839		Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	225.65	280.79	46.78	51.80	98.58
1840		Nierenbeckenplastik	225.65	280.79	46.78	51.80	98.58
1841		Nephrektomie	180.83	225.04	54.34	51.80	106.14
1842		Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) -	263.11	327.44	62.22	85.91	148.13
1843		Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) -	338.86	421.71	77.79	167.93	245.72
1845		Implantation einer Niere	406.47	505.84	116.57	201.46	318.03
1846		Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	338.86	421.71	116.57	167.93	284.50
1847		Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	263.11	327.44	77.79	130.41	208.20
1848		Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	180.83	225.04	0,00	89.69	89.69
1849		Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	285.11	354.79	0,00	141.26	141.26
1850		Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	529.48	658.91	116.57	262.46	379.03
1851		Perkutane Anlage einer Nierenfistel - gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	101.83	126.71	7.78	50.40	58.18
1852		Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel -	57.03	70.97	7.78	33.88	41.66
1853		Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung *Neben der Leistung nach Nummern 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungs-fähig.*	97.75	121.65	15.66	48.39	64.05
1858		Operative Entfernung einer Nebenniere	263.11	327.44	77.79	130.41	208.20
1859		Operative Entfernung beider Nebennieren	338.86	421.71	116.57	167.93	284.50
1860		Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Fein-einstellung, Dokumentation und Röntgenkon-trolle -, je Sitzung	488.76	608.23	0,00	523.15	523.15

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 3135 zu kürzen.
Für die Abgrenzung der Begriffe "klein"/"groß" bzw. "ausgedehnt" bei operativen Eingriffen gilt:

Länge:	kleiner/größer 3 cm
Fläche:	kleiner/größer 4 cm^2
Volumen:	kleiner/größer 1 cm^3
ausgedehnt:	größer 4 cm^2 oder größer 1 cm^3

Nicht anzuwenden ist der Begriff "klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag, soweit zu der jeweiligen Leistung nichts anderes bestimmt ist.

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	5.71	7.09	0,00	2.83	2.83
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht und/oder Gewebekleber Die Leistung ist bei Verwendung von Gewebekleber auch für die Versorgung von Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abzurechnen. Besondere Kosten bei Verwendung von Gewebekleber: 8,50 €	10.59	13.17	5.41 (8,50 € bei Verwendung von Gewerbekleber)	3.42	8.83
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	13.03	16.22	5.47	5.19	10.66
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	10.59	13.17	0,00	6.03	6.03
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	19.56	24.34	9.40	9.45	18.85
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand von in der Regel 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>* *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.*	27.61	57.45	9.46	8	17.46
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	5.14	6.39	0,00	3.30	3.30
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	3.25	4.06	0,00	1.52	1.52
2008	Wund- oder Fistelspaltung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a>*	7.33	9.13	0,00	4.96	4.96
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a>*	8.14	10.15	0,00	4.72	4.72
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen. Der tiefsitzende Fremdkörper ist im Operationsbericht oder durch Röntgenbild bzw. Foto zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen. *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	26.16	92.65	7.78	9.20	16.98
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n)in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang - gegebenenfalls ein-schließlich Spülung -	4.88	6.08	0,00	2.71	2.71

2016	Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz -	3.75	4.67	0,00	1.77	1.77

II. Extremitätenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität	4.08	5.06	0,00	1.42	1.42
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie - gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels -	10.59	13.17	0,00	6.14	6.14
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	13.05	72.98	0,00	7.30	7.30
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	20.37	25.35	0,00	8.61	8.61
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	4.64	5.78	0,00	3.07	3.07
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	9.29	11.56	5.78	3.42	9.20
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe - auch mit Defektdeckung -	14.65	18.25	5.78	5.78	11.56
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	3.67	4.57	0,00	1.52	1.52
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	5.78	15.10	20.88
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	57.03	70.97	5.78	26.80	32.58
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	89.60	111.51	7.78	36.23	44.01
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	118.12	146.99	7.78	40.95	48.73
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	138.48	172.32	11.77	50.74	62.51
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	48.86	60.82	7.78	15.10	22.88
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik	146.63	182.46	15.66	50.74	66.40
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	48.86	60.82	7.78	15.10	22.88
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	7.78	15.10	22.88
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	195.50	243.29	31.11	65.73	96.84
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypo-plasie	195.50	243.29	38.89	65.73	104.62
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	570.20	709.60	116.57	282.53	399.10
2056	Replantation eines Armes oder eine Beines	651.68	810.96	116.57	323.01	439.58
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	15.88	38.73	4.94	4.70	9.64
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	6.04	7.51	0,00	3.78	3.78
2062	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	40.73	50.69	7.35	7.55	14.90
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062 *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a>*	10.27	12.77	0,00	3.78	3.78
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	23.33	21.24	44.57
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	20.37	25.35	0,00	10.27	10.27
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	36.66	45.61	0,00	18.17	18.17

	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
2067	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)	135.22	168.28	15.03	39.89	54.92
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven	135.22	168.28	7.78	39.77	47.55
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	150.71	187.53	22.60	45.09	67.69
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung	37.73	46.94	7.78	13.34	21.12
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht - gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde -	44.87	87.50	15.66	20.30	35.96
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels	89.60	111.51	15.66	16.17	31.83
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung	75.27	93.67	7.78	21.24	29.02
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung	77.38	96.29	7.78	21.24	29.02
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnendurchschneidung	37.73	46.94	7.78	13.34	21.12
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenope-ration - gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils -	75.27	93.67	15.66	20.18	35.84
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand -	134.40	167.26	15.66	39.89	55.55
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
2083	Freie Sehnentransplantation	134.40	167.26	23.33	39.89	63.22
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision -	33.16	41.26	7.78	13.45	21.23
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>					
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose	75.27	93.67	15.66	20.18	35.84
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose	89.60	111.51	15.66	23.96	39.62
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2089	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern - gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken -	146.63	182.46	23.33	50.74	74.07
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung	5.14	6.39	0,00	3.30	3.30
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenver-lagerung -	75.27	93.67	15.66	21.24	36.90
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>					
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers	61.10	76.02	7.78	18.06	25.84
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
2093	Spülung bei liegender Drainage	4.08	5.06	0,00	2.60	2.60

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.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	22.65	28.18	7.78	5.78	13.56
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	15.66	10.87	26.53
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	90.42	112.53	31.11	20.18	51.29
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk - gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen -	150.71	187.53	46.78	45.09	91.87
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	188.18	234.16	46.78	60.07	106.85
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	37.96	129.27	7.78	9.20	16.98
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	15.66	20.18	35.84
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	61.10	76.02	7.78	16.17	23.95
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	15.66	20.18	35.84
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	23.33	30.10	53.43
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	150.71	187.53	23.33	33.39	56.72
2117	Meniskusoperation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	23.33	33.39	56.72
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.95	65.89	7.78	17.23	25.01
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	15.66	33.39	49.05
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.95	65.89	7.78	16.17	23.95
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	105.89	131.79	15.66	23.96	39.62
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	45.13	56.17	7.78	14.16	21.94
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	90.42	112.53	15.66	29.39	45.05
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	150.71	187.53	38.89	34.34	73.23
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	180.83	225.04	46.78	52.98	99.76
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende - gegebenenfalls mit Osteosynthese -	225.65	280.79	46.78	66.21	112.99
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.95	65.89	7.78	16.17	23.95
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	105.89	131.79	15.66	23.96	39.62
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks - auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material -	225.65	280.79	38.89	66.21	105.10
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	171.07	212.87	38.89	52.98	91.87
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	15.66	20.18	35.84
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	114.03	141.92	38.89	23.96	62.85
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	135.22	168.28	38.89	29.04	67.93
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	171.07	212.87	38.89	34.34	73.23
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	81.45	101.37	15.66	29.39	45.05
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	146.63	182.46	15.66	66.21	81.87

2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	219.95	273.69	38.89	89.93	128.82
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	395.90	492.67	46.78	179.86	226.64
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	293.25	364.94	54.34	66.21	120.55
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	527.85	656.88	54.34	207.70	262.04
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	146.63	182.46	54.34	66.21	120.55
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	263.93	328.45	54.34	89.93	144.27
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie - auch Pfannendachplastik -	171.07	212.87	62.22	66.21	128.43
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate	225.65	280.79	62.22	89.93	152.15
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	405.67	504.83	62.22	179.86	242.08
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	301.39	375.08	62.22	89.93	152.15
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	542.51	675.13	62.22	207.70	269.92
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	301.39	375.08	62.22	89.93	152.15
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	542.51	675.13	62.22	207.70	269.92
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	12.06	15	0,00	7.91	7.91
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.95	65.89	0,00	16.40	16.40
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	75.27	93.67	0,00	30.10	30.10
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	7.78	11.33	19.11
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	75.27	93.67	23.33	26.55	49.88
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	90.42	112.53	31.11	29.39	60.50
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	105.07	130.77	31.11	34.34	65.45
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	120.56	150.03	62.22	37.06	99.28
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	150.71	187.53	77.79	46.62	124.41
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	301.39	375.08	77.79	89.93	167.72
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials - gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation -	488.76	608.23	38.89	207.70	246.59
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	260.67	324.39	62.22	89.93	152.15
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese - einschließlich operativer Versteifung des Gelenks -	260.67	324.39	62.22	89.93	152.15
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	7.78	8.97	16.75
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti - einschließlich plastischer Deckung -	90.42	112.53	15.66	33.39	49.05
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens - einschließlich plastischer Deckung -	75.27	93.67	23.33	26.90	50.23
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich - einschließlich plastischer Deckung -	90.42	112.53	46.78	33.39	80.17
2174	Amputation im Oberschenkelbereich - einschließlich plastischer Deckung -	105.07	130.77	46.78	39.19	85.97
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	18.49	23.01	0,00	4.25	4.25
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	30.87	38.41	0,00	6.84	6.84

2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	60.29	75	7.78	16.17	23.95
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	81.45	101.37	7.78	29.85	37.63
2189	Resezierende arthroskopische Operation eines Gelenkes mit z.B. Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus - gegebenenfalls einschließlich Plicateilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	273.52	303.40	136.22 1) 2) 3) 4) 8)	81.78	218
2190	Arthroskopische erhaltende Operation in einem Gelnk (z. B. Meniskusnaht, Refixation) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	297.97	333.80	150.72 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)	98.07	248.79
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	314.25	354.07	150.72 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)	108.92	259.64
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	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem großen Gelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	297.97	333.80	150.72 1) 2) 3) 4) 5) 6) 8)	98.07	248.79
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 -	24.44	30.41	0,00	16.40	16.40
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	20.37	25.35	0,00	13.70	13.70

1) So weit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar.
2) Bei Notwendigkeit eines Shavereinsatzes sind unter Berücksichtigung einer Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.
3) Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.
4) Die Kosten für selbstauflösende PINS/Fibrinkleber/Osteosynthesematerial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Fixierung von Knorpeldissekaten).
5) Die Kosten für zusätzliches Spezialnahtmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Meniskusnaht, - refixation, Bandnaht, -raffung).
6) Die Kosten für Osteosynthesematerial oder spezielles Fadenmaterial und Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.
7) Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z. B. Anker o. Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.
Nachweis durch eindeutige Darstellung in Bilddokumentation über die Anzahl der verwendeten Anker ist Grundvoraussetzung für die Kostenerstattung.
8) Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistun

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	60.19	74.92	0,00	16.17	16.17
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	90.42	112.53	0,00	31.98	31.98
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	7.57	9.43	0,00	1.88	1.88
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	11.39	14.19	0,00	3.30	3.30
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	12.06	15	0,00	3.42	3.42
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks	17.93	22.30	0,00	6.84	6.84
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	30.14	37.50	0,00	11.93	11.93
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	48.86	60.82	7.78	19.71	27.49

2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	22.65	28.18	0,00	6.84	6.84
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	34.22	42.58	0,00	13.34	13.34
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	11.77	31.98	43.75
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	30.14	37.50	0,00	10.87	10.87
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	43.98	54.73	0,00	13.34	13.34
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	150.71	187.53	15.66	36.23	51.89
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	30.14	37.50	0,00	6.73	6.73
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks	43.98	54.73	0,00	13.34	13.34

[1)] Dies gilt nicht für die "Besonderen Kosten" für Verbände.

2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	150.71	187.53	38.89	36.23	75.12
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	183.27	228.08	54.34	39.89	94.23
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	9.04	11.25	0,00	6.84	6.84
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	13.84	17.23	0,00	10.87	10.87
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	32.58	40.55	23.33	10.87	34.20
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	65.17	81.10	23.33	19.13	42.46
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruk-tion des Bandapparates	81.45	101.37	23.33	31.98	55.31
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaig-nac) oder der Luxation eines Sternoklavikular-gelenks	9.77	12.15	0,00	6.49	6.49
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	73.31	91.23	15.66	26.90	42.56
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	60.19	74.92	0,00	13.34	13.34
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	90.42	112.53	0,00	26.55	26.55
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	44.81	55.75	0,00	13.34	13.34
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	38.53	47.96	0,00	9.45	9.45
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	135.22	168.28	38.89	39.89	78.78
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation - einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	150.71	187.53	38.89	36.23	75.12
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne - einschließlich Osteo-synthese und Rekonstruktion des Kapselband-apparates -	225.65	280.79	54.34	89.93	144.27
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 - ein-schließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben -	263.11	327.44	62.22	89.93	152.15
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	120.56	150.03	38.89	37.06	75.95
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik - auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteo-tomie -	225.65	280.79	46.78	89.93	136.71
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteo-tomie einschließlich Osteosynthese	366.57	456.17	62.22	106.92	169.14

V. Knochenchirurgie

2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mit-telfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	7.78	18.77	26.55

2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteo-synthese	105.07	130.77	23.33	30.10	53.43
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	150.71	187.53	23.33	40.47	63.80
2253	Knochenspanentnahme *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	52.71	65.59	7.78	20.18	27.96
2254	Implantation von Knochen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	14.76	22.54
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	120.56	150.03	15.66	33.39	49.05
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	7.78	16.76	24.54
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	65.17	81.10	15.66	21.24	36.90
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	97.75	121.65	15.66	30.10	45.76
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	122.19	152.06	7.78	33.39	41.17
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	150.71	187.53	15.66	40.47	56.13
2263	Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	135.22	168.28	31.11	51.80	82.91
2265	Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) -	225.65	280.79	54.34	71.51	125.85
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	150.71	187.53	54.34	40.47	94.81
2267	Knochenzerbrechung	37.73	46.94	0,00	6.84	6.84
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	146.63	182.46	15.66	40.47	56.13
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	146.63	182.46	23.33	40.47	63.80
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	7.78	26.55	34.33
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -	150.71	187.53	23.33	40.47	63.80
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	188.18	234.16	38.89	60.07	98.96
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	225.65	280.79	46.78	66.21	112.99
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	46.20	57.48	0,00	8.14	8.14
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	285.11	354.79	54.34	78.01	132.35
2279	Chemonukleolyse *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	48.86	60.82	0,00	12.39	12.39
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	92.45	115.05	0,00	26.55	26.55
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	114.03	141.92	38.89	31.62	70.51
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzel-lösung, Prolapsabtragung und Bandscheiben-ausräumung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	38.89	33.39	72.28
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	150.71	187.53	38.89	40.47	79.36
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Num-mer 2282 oder Nummer 2283	45.13	56.17	7.78	8.14	15.92
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung -	120.56	150.03	23.33	33.39	56.72

2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material -	203.64	253.43	38.89	66.21	105.10
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	301.39	375.08	46.78	79.90	126.68
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	44.81	55.75	7.78	8.14	15.92
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung -	325.84	405.49	46.78	95.36	142.14
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/-oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpflanzung -	225.65	280.79	46.78	89.93	136.71
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	74.94	93.27	15.66	21.24	36.90
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	90.42	112.53	31.11	37.06	68.17
2293	Operation einer Steißbeinfistel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	7.78	10.87	18.65
2294	Steißbeinresektion	45.13	56.17	15.66	14.76	30.42
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	37.73	46.94	7.78	18.77	26.55
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	11.77	26.55	38.32
2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296 *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	96.13	119.61	15.66	71.51	87.17

VI. Frakturbehandlung

2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	15.40	19.16	0,00	6.49	6.49
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens - gegebenenfalls einschließlich Wundver-band -	18.49	23.01	0,00	7.91	7.91
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	61.66	76.74	0,00	16.17	16.17
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	61.66	76.74	0,00 1)	18.77	18.77

1) Selbstkosten

2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	12.38	15.41	0,00	4.84	4.84
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins - einschließlich Nagelung und/oder Drahtung -	46.20	57.48	23.33	14.76	38.09
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	18.49	23.01	0,00	5.78	5.78
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	38.53	47.96	0,00	6.84	6.84
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	27.78	34.57	0,00	5.78	5.78
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	38.53	47.96	0,00	8.97	8.97
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	61.66	76.74	0,00	10.87	10.87
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	18.49	23.01	0,00	4.25	4.25
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisieren-den Maßnahmen	203.64	253.43	38.89	66.21	105.10
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	301.39	375.08	46.78	79.90	126.68
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	228.08	283.84	38.89	112.94	151.83

2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	38.53	47.96	0,00	4.84	4.84
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial -	52.95	65.89	23.33	8.14	31.47
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	6.20	7.70	0,00	3.07	3.07
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittel-gliedern der Fingerknochen	12.38	15.41	0,00	5.78	5.78
2338 a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -	15.07	18.75	7.78	3.42	11.20
2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen oder des knöchernen Strecksehnenausrisses am Endglied der Finger mit Osteosynthese *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	63.78	189.88	7.78	22.40	30.18
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches	45.13	56.17	15.66	10.87	26.53
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teil-exstirpation	90.42	112.53	23.33	24.67	48
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	75.27	93.67	31.11	21.95	53.06
2346	Beck'sche Bohrung	22.65	28.18	5.47	6.84	12.31
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	25.54	189.76	11.77	5.80	17.57
2348	Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	38.31	189.76	11.77	12.50	24.27
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebroche-nen großen Röhrenknochens *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	31.11	24.67	55.78
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	135.22	168.28	31.11	51.80	82.91
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	120.56	150.03	31.11	45.09	76.20
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	180.83	225.04	31.11	71.51	102.62
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/ oder Verschraubung aus kleinen Röhren-knochen - auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen <Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>	25.54	51.16	7.78	2.90	10.68
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/ oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen . Anmerkung: Die Stellschraubenentfernung ist nach Nr. 2353 zu berechnen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	75.27	93.67	23.33	22.42	45.75
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	23.33	23.96	47.29
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 - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	31.11	37.52	68.63
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	225.65	280.79	54.34	66.21	120.55
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	171.07	212.87	38.89	66.21	105.10

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

2380	Überpflanzung von Epidermisstücken *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	25.25	31.43	5.47	7.55	13.02
2381	Einfache Hautlappenplastik *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	72.02	90.03	5.47	6.40	11.87
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	72.02	90.03	15.66	12.50	28.16
2383	Vollhauttransplantation - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	81.45	101.37	15.66	31.98	47.64
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	11.77	14.76	26.53
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	97.75	121.65	15.66	31.98	47.64
2386	Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	56.04	69.74	7.78	14.76	22.54
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell auf-bereiteten freien Hauttransplantaten *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	108.33	134.82	15.66	31.98	47.64
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	122.19	152.06	15.66	38.59	54.25
2392	Anlage eines Rundstiellappens	73.31	91.23	7.78	21.95	29.73
2392 a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	81.45	101.37	23.33	31.98	55.31
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	14.76	22.54
2394	Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	179.21	223.02	15.66	71.51	87.17
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	203.64	253.43	23.33	71.51	94.84
2396	Implantation eines Hautexpanders *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	73.31	91.23	15.66	36.46	52.12
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	48.86	60.82	15.66	24.18	39.84
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	9.04	11.25	5.47	3.07	8.54
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	10.84	13.47	5.47	4.25	9.72
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	7.78	10.87	18.65
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a>*	9.18	11.42	5.47	3.60	9.07
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	72.55	90.69	7.78	9.20	16.98
2405	Entfernung eines Schleimbeutels *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	25.54	75.88	7.78	9.20	16.98
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst - gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	188.18	234.16	38.89	59.47	98.36
2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	89.60	111.51	23.33	30.81	54.14
2410	Operation eines Mammatumors *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.19	74.92	7.78	11.33	19.11
2411	Absetzen einer Brustdrüse	75.27	93.67	23.33	11.33	34.66

2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	114.03	141.92	31.11	38.59	69.70
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	188.18	234.16	31.11	59.47	90.58
2414	Reduktionsplastik der Mamma	228.08	283.84	31.11	76.36	107.47
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	162.92	202.73	31.11	63.61	94.72
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	244.38	304.12	31.11	76.36	107.47
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	65.17	81.10	15.66	21.24	36.90
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	65.17	81.10	15.66	21.24	36.90
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	97.75	121.65	15.66	31.98	47.64
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	89.60	111.51	15.66	31.98	47.64
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	48.86	60.82	7.78	24.18	31.96
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entla-stungsinzision(en) - auch mit Drainage(n) -	32.58	40.55	5.47	11.57	17.04
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	6.51	8.11	0,00	3.07	3.07
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	17.93	22.30	0,00	7.67	7.67
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.68	30.71	0,00	9.80	9.80
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.87	38.41	0,00	10.87	10.87
2432	Eröffnung einer Phlegmone	38.53	47.96	0,00	10.87	10.87
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus,je Sitzung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	65.17	81.10	7.78	21.24	29.02
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	32.58	40.55	7.78	11.57	19.35
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	73.31	91.23	15.66	26.55	42.21
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende opera-tive Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augen-lides	65.17	81.10	15.66	21.24	36.90
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	24.44	30.41	5.47	8.97	14.44
2450	Operation des Rhinophyms	48.86	60.82	7.78	20.78	28.56
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie -	203.64	253.43	23.33	66.21	89.54
2452	Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes -	114.03	141.92	23.33	38.59	61.92
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	162.92	202.73	31.11	63.61	94.72
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	75.27	93.67	15.66	11.33	26.99

VIII. Neurochirurgie

2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	150.71	187.53	22.60	63.61	86.21
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels - einschließlich Reimplantation von Knochenstücken -	252.53	314.25	22.60	76.36	98.96

2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	224.01	278.77	15.03	66.21	81.24
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Häma-tom	427.66	532.20	15.03	191.07	206.10
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik	366.57	456.17	22.60	179.86	202.46
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	244.38	304.12	15.03	76.36	91.39
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	305.48	380.14	15.03	78.95	93.98
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) - gegebe-nenfalls einschließlich Drainage -	146.63	182.46	15.03	63.61	78.64
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	366.57	456.17	22.60	179.86	202.46
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	305.48	380.14	22.60	79.90	102.50
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	325.84	405.49	15.03	138.42	153.45
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	81.45	101.37	15.03	37.06	52.09
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	122.19	152.06	15.03	45.43	60.46
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn - einschließlich Wiedereinpas-sung des Knochendeckels -	183.27	228.08	22.60	71.51	94.11
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	219.95	273.69	22.60	71.51	94.11
2519	Trepanation bei Kraniostenose	183.27	228.08	15.03	71.51	86.54
2525	Operation der prämaturen Schädelnahtsynostose (Kraniostenose) mit Einfassung der Knochen-ränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	325.84	405.49	15.03	138.42	153.45
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	305.48	380.14	22.60	138.42	161.02
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion	427.66	532.20	22.60	191.07	213.67
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypo-physentumor) oder eines Schädelbasistumors	610.93	760.28	22.60	137.72	160.32
2529	Operation einer intrakranialen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	651.68	810.96	22.60	137.72	160.32
2530	Intrakraniale Embolektomie	610.93	760.28	22.60	137.72	160.32
2531	Intrakraniale Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	610.93	760.28	22.60	137.72	160.32
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	488.76	608.23	22.60	207.70	230.30
2536	Resektion eines Gehirnlappens	366.57	456.17	22.60	179.86	202.46
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	509.12	633.57	22.60	207.70	230.30
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	305.48	380.14	15.03	138.42	153.45
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	509.12	633.57	22.60	207.70	230.30
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	366.57	456.17	22.60	179.86	202.46
2541	Ventrikulozisternostomie	366.57	456.17	22.60	179.86	202.46
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	146.63	182.46	15.03	63.61	78.64
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	407.29	506.86	45.30	179.86	225.16
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	610.93	760.28	45.30	234.14	279.44
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	509.12	633.57	45.30	207.70	253
2553	Intrakraniale Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschluß	488.76	608.23	45.30	207.70	253
2554	Plastischer Verschluß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Lei-stung	146.63	182.46	15.03	63.61	78.64
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	120.56	150.03	38.89	33.39	72.28
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	150.71	187.53	38.89	40.47	79.36
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -	195.50	243.29	46.78	48.50	95.28
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	305.48	380.14	30.27	138.42	168.69
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektro-den zur Dauerstimulation im Zentralnerven-system mit Trepanation	376.33	468.33	30.27	179.86	210.13

2562	Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Num-mern 2560 und 2561 - gegebenenfalls ein-schließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern -	183.27	228.08	0,00	36.58	36.58
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	188.18	234.16	22.60	71.51	94.11
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	391.01	486.58	22.60	179.86	202.46
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	333.98	415.62	22.60	138.42	161.02
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich - gegebenenfalls einschließ-lich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	244.38	304.12	22.60	86.39	108.99
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangs-gerätes - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	366.57	456.17	15.03	179.86	194.89
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschluß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	215.86	268.64	15.03	66.21	81.24
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekon-struktion des Wirbelkanals und/oder Faszien-plastik	263.11	327.44	22.60	86.39	108.99
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	40.73	50.69	15.03	10.73	25.76
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	224.01	278.77	30.27	72.71	102.98
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	285.11	354.79	30.27	78.01	108.28
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	366.57	456.17	30.27	179.86	210.13
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	325.84	405.49	30.27	138.42	168.69
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	7.67	12.28	19.95
2581	Freilegung und Exhairese eines pheripheren Trigeminusastes	75.27	93.67	15.03	26.55	41.58
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation ein-schließlich Aufbereitung	146.63	182.46	22.60	63.61	86.21
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	15.03	26.55	41.58
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	22.60	38.59	61.19
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/ Armbereich	211.79	263.57	15.03	71.51	86.54
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließ-lich Wundversorgung - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	109.96	136.86	15.03	33.63	48.66
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	150.71	187.53	15.03	63.61	78.64
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	171.07	212.87	15.03	66.21	81.24
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582) *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	195.50	243.29	22.60	71.51	94.11
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemi-laminektomie -	244.38	304.12	22.60	86.39	108.99
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation des-selben mit autologen Transplantaten und peri-neuraler mikrochirurgischer Naht	488.76	608.23	30.27	207.70	237.97

2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse,als selbständige Leistung	146.63	182.46	15.03	63.97	79
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung	225.65	280.79	22.60	72.71	95.31
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	244.38	304.12	15.03	86.39	101.42
2595	Nervenpfropfung	130.35	162.20	15.03	38.59	53.62
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	195.50	243.29	22.60	71.51	94.11
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	57.03	70.97	7.67	20.18	27.85
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	114.03	141.92	7.67	38.59	46.26
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	18.32	22.82	7.67	7.55	15.22
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	122.19	152.06	15.03	45.43	60.46
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	81.45	101.37	15.03	26.55	41.58
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	244.38	304.12	15.03	86.39	101.42
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

2620	Operation der isolierten Lippenspalte	61.10	76.02	15.66	30.21	45.87
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	122.19	152.06	75.46	60.53	135.99
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -	733.13	912.34	77.79	363.37	441.16
2625	Verschluß des weichen oder harten Gaumens oder Verschluß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	101.83	126.71	23.33	50.40	73.73
2626	Velopharyngoplastik	203.64	253.43	7.78	100.90	108.68
2627	Verschluß des harten und weichen Gaumens	162.92	202.73	31.11	80.84	111.95
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteo-plastik -	488.76	608.23	46.78	242.28	289.06
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	97.75	121.65	15.66	48.39	64.05
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	150.71	187.53	15.66	74.70	90.36
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstruk-turen *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	60.29	75	7.78	29.85	37.63
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	44.81	55.75	7.78	22.19	29.97
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	77.38	96.29	7.78	38.48	46.26
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 verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenre-sektion *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	50.51	62.86	7.78	25.13	32.91
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	61.91	77.04	7.78	30.68	38.46
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 verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenre-sektion	40.73	50.69	7.78	20.18	27.96

2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Frei-legung und Abbinden oder Umstechung des Ge-fäßes oder durch Knochenbolzung, als selbstän-dige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	32.58	40.55	7.78	16.17	23.95
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	40.73	50.69	11.77	20.18	31.95
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676 *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.44	30.41	11.77	12.14	23.91
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	69.24	86.17	11.77	34.34	46.11
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	179.21	223.02	11.77	88.86	100.63
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Lei-stung	57.03	70.97	11.77	28.33	40.10
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	8.14	10.15	0,00	4.13	4.13
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	32.58	40.55	0,00	16.17	16.17
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	114.03	141.92	11.77	56.41	68.18
2685	Reposition eines Zahnes	16.28	20.27	5.47	8.02	13.49
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	24.44	30.41	7.78	12.14	19.92
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstell-baren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolar-fortsatzes *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	105.89	131.79	0,00	52.52	52.52
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	61.10	76.02	7.78	30.21	37.99
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	81.45	101.37	15.66	40.37	56.03
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	293.25	364.94	23.33	145.28	168.61
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbe-reich - gegebenenfalls einschließlich Jochbein-bruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	122.19	152.06	15.66	60.53	76.19
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogen-fraktur	97.75	121.65	7.78	48.39	56.17
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	36.66	45.61	7.78	18.17	25.95
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stütz-apparate *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	219.95	273.69	7.78	109.04	116.82
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	40.73	50.69	5.47	20.18	25.65
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbe-reich, als selbständige Leistung	28.51	35.46	0,00	14.16	14.16
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	122.19	152.06	0,00	60.53	60.53
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	179.21	223.02	0,00	88.86	88.86
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	28.51	35.46	0,00	14.16	14.16

2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschluß-platte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammen-hang mit plastischen Operationen oder zur Ver-hütung oder Behandlung von Narbenkontraktu-ren - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	146.63	182.46	0,00	72.71	72.71
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfer-nung von Schienen oder Stützapparaten -,je Kiefer	24.44	30.41	0,00	12.14	12.14
2705	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	138.48	172.32	7.78	68.57	76.35
2706	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese	105.89	131.79	11.77	52.52	64.29
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	89.60	111.51	11.77	44.37	56.14
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	61.10	76.02	7.78	30.21	37.99
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	244.38	304.12	38.89	121.08	159.97
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebe-nenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	162.92	202.73	15.66	80.84	96.50
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebe-nenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	407.29	506.86	38.89	201.92	240.81
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	65.17	81.10	11.77	32.33	44.10
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	40.73	50.69	11.77	20.18	31.95
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	162.92	202.73	15.66	80.84	96.50

X. Halschirurgie

2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	90.42	112.53	15.03	39.89	54.92
2751	Tracheotomie *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	45.13	56.17	15.03	10.38	25.41
2752	Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste - gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins -	109.96	136.86	22.60	33.63	56.23
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	135.22	168.28	22.60	39.89	62.49
2754	Operation einer Kiemengangfistel	135.22	168.28	22.60	33.39	55.99
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	150.71	187.53	22.60	42.36	64.96
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	179.21	223.02	22.60	55.59	78.19
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst - einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenen-falls der Nachbarorgane -	301.39	375.08	30.27	74.11	104.38
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung	97.75	121.65	22.60	33.63	56.23

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

2800	Venaesectio *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	22.39	27.88	7.67	8.50	16.17
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung	44.87	102.84	7.67	12.40	20.07

	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>					
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selb-ständige Leistung	180.83	225.04	22.60	55.59	78.19
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	20.61	25.65	0,00	8.50	8.50
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	28.51	35.46	0,00	10.38	10.38
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	60.19	74.92	15.03	18.77	33.80
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	32.58	40.55	15.03	10.38	25.41
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen - einschließlich Wundver-sorgung -	60.29	75	15.66	18.77	34.43
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumor-chirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) - gegebenenfalls ein-schließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel -	407.29	506.86	116.57	201.92	318.49

2. Arterienchirurgie

2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	255.78	318.31	15.03	86.39	101.42
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	342.11	425.76	15.03	139.13	154.16
2822	Rekonstruktive Operation einer Armarterie	187.36	233.14	15.03	55.71	70.74
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	150.71	187.53	15.03	39.89	54.92
	<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>					
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschluß	244.38	304.12	45.30	76.36	121.66
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	529.48	658.91	45.30	207.70	253
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Ge-fäßen im Thorax durch Rekonstruktion	529.48	658.91	45.30	207.70	253
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	610.93	760.28	45.30	234.14	279.44
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	244.38	304.12	22.60	76.36	98.96
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	423.59	527.12	30.27	191.07	221.34
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschluß	366.57	456.17	45.30	179.86	225.16
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	407.29	506.86	45.30	191.07	236.37
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	407.29	506.86	45.30	191.07	236.37
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	350.26	435.91	45.30	179.86	225.16
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	244.38	304.12	45.30	76.36	121.66
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels - auch Anlegung einer Gefäß-prothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung -	244.38	304.12	22.60	76.36	98.96
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	162.92	202.73	22.60	66.21	88.81
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	301.39	375.08	15.03	138.42	153.45
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	301.39	375.08	15.03	138.42	153.45
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	448.02	557.54	22.60	191.07	213.67

3. Venenchirurgie

2880	Inzision eines Varixknotens	12.06	15	0,00	8.50	8.50

2881	Varizenexhairese, einseitig *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	150.71	187.53	15.03	55.59	70.62
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	97.75	121.65	15.66	32.81	48.47
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	225.65	280.79	15.03	66.21	81.24
2887	Thrombektomie	162.92	202.73	15.03	55.59	70.62
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts	255.78	318.31	15.03	86.39	101.42
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts	301.39	375.08	15.03	138.42	153.45
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	28.51	35.46	7.78	10.38	18.16
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel -	244.38	304.12	54.34	76.36	130.70
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	171.07	212.87	15.03	55.59	70.62
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	97.75	121.65	15.03	32.81	47.84
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	122.19	152.06	15.03	45.43	60.46
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	180.83	225.04	15.03	55.59	70.62
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion	255.78	318.31	30.27	86.39	116.66
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	301.39	375.08	45.30	92.52	137.82
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisation	376.33	468.33	45.30	179.86	225.16

4. Sympathikuschirurgie

2920	Thorakale Sympathektomie	162.92	202.73	15.03	66.21	81.24
2921	Lumbale Sympathektomie	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46

XII. Thoraxchirurgie

2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	60.19	74.92	15.03	20.18	35.21
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen,als selbständige Leistung	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
2953	Thorakoplastik	255.78	318.31	22.60	86.39	108.99
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung - auch Jalousieplastik -	376.33	468.33	22.60	179.86	202.46
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	407.29	506.86	30.27	191.54	221.81
2956	Brustwandteilresektion	171.07	212.87	22.60	66.21	88.81
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	244.38	304.12	22.60	76.36	98.96
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	415.44	516.99	22.60	191.54	214.14
2960	Operation einer Brustkorbdeformität (z. B. Trichterbrust)	244.38	304.12	22.60	76.36	98.96
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülau'sche Heberdrainage)	45.13	56.17	7.67	14.76	22.43
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage - gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln -	12.06	15	0,00	7.08	7.08

2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	54.25	67.52	15.03	22.77	37.80
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	180.83	225.04	22.60	66.21	88.81
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	255.78	318.31	45.30	86.39	131.69
2975	Dekortikation der Lunge	391.01	486.58	45.30	179.86	225.16
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	162.92	202.73	22.60	66.21	88.81
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	60.19	74.92	15.03	21.24	36.27
2979	Operative Entfernung eines Pleuraempyems - gegebenenfalls einschließlich Rippenresek-tion(en) -	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	180.83	225.04	22.60	66.21	88.81
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selb-ständige Leistung	105.07	130.77	15.03	33.63	48.66
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen	120.56	150.03	15.03	45.43	60.46
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zy-sten)	225.65	280.79	22.60	66.21	88.81
2995	Lob- oder Pneumonektomie	255.78	318.31	45.30	99.13	144.43
2996	Lungensegmentresektion(en)	325.84	405.49	45.30	138.42	183.72
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	415.44	516.99	45.30	191.54	236.84
2998	Bilobektomie	391.01	486.58	45.30	179.86	225.16
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	456.17	567.67	45.30	207.70	253
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	225.65	280.79	22.60	66.21	88.81
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	472.46	587.95	45.30	207.70	253
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	391.01	486.58	45.30	179.86	225.16
3010	Sternotomie, als selbständige Leistung	90.42	112.53	15.03	32.81	47.84
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	325.84	405.49	30.27	138.42	168.69
3012	Drainage des Mediastinums	45.13	56.17	7.67	14.63	22.30
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	325.84	405.49	45.30	138.42	183.72

XIII. Herzchirurgie

3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	150.71	187.53	22.60	63.61	86.21
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	105.07	130.77	0,00	33.63	33.63
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	90.42	112.53	0,00	28.68	28.68
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	90.42	112.53	0,00	28.68	28.68
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	150.71	187.53	15.03	63.61	78.64
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation,je angefangene Stunde *Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur wäh-rend einer Operation berechnungsfähig.*	45.13	56.17	0,00	14.76	14.76
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	45.13	56.17	0,00	14.76	14.76
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	162.92	202.73	22.60	66.21	88.81
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	255.78	318.31	30.27	86.39	116.66
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	120.56	150.03	22.60	45.43	68.03
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	255.78	318.31	22.60	86.39	108.99
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09
3071	Naht einer Myokardverletzung	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09
3072	Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09

3073	Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) - auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlmündung -	325.84	405.49	37.73	138.42	176.15
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlmündung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	529.48	658.91	45.30	207.70	253
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß - auch Thrombo- oder Embolektomie -	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels	391.01	486.58	45.30	179.86	225.16
3077	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09
3078	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	325.84	405.49	37.73	138.42	176.15
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	244.38	304.12	37.73	76.36	114.09
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	268.81	334.52	7.57	138.42	145.99
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	255.78	318.31	37.73	86.39	124.12
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	456.17	567.67	37.73	207.70	245.43
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	610.93	760.28	45.30	234.14	279.44
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	456.17	567.67	45.30	207.70	253
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	610.93	760.28	45.30	234.14	279.44
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	325.84	405.49	30.27	138.42	168.69
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen - ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)	366.57	456.17	15.66	181.74	197.40
3095	Schrittmacher-Erstimplantation *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	225.65	280.79	22.60	66.21	88.81
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	15.03	28.68	43.71
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff - auch Implantation von myokardialen Elektroden - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	225.65	280.79	15.03	66.21	81.24
	XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie					
3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.44	30.41	0,00	10.38	10.38
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	40.73	50.69	0,00	10.38	10.38
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	30.54	38.01	0,00	10.38	10.38
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	90.42	112.53	30.27	28.56	58.83
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	325.84	405.49	45.30	138.42	183.72
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	407.29	506.86	45.30	179.86	225.16
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	244.38	304.12	45.30	76.36	121.66
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	244.38	304.12	45.30	76.36	121.66
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang	407.29	506.86	45.30	179.86	225.16
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme -	90.42	112.53	22.60	37.06	59.66
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	90.42	112.53	15.03	37.06	52.09
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	90.42	112.53	22.60	37.06	59.66
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	130.35	162.20	37.73	45.43	83.16
3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	225.65	280.79	46.78	85.91	132.69
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes -	154.78	192.61	38.89	57.70	96.59
3145	Teilresektion des Magens	225.65	280.79	45.30	85.91	131.21
3146	Kardiaresektion	325.84	405.49	45.30	138.42	183.72
3147	Totale Magenentfernung	391.01	486.58	45.30	179.86	225.16
3148	Resektion des Ulcus pepticum	325.84	405.49	45.30	138.42	183.72

3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	427.66	532.20	45.30	191.54	236.84
3150	Gastrotomie	130.35	162.20	22.60	45.43	68.03
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	219.95	273.69	45.30	66.21	111.51
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	154.78	192.61	22.60	57.70	80.30
3153	Pyloroplastik	244.38	304.12	15.03	76.36	91.39
3154	Vagotomie am Magen	244.38	304.12	15.03	76.36	91.39
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserwei-terung einschließlich Plastik)	366.57	456.17	15.03	179.86	194.89
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	36.66	45.61	0,00	10.38	10.38
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	376.33	468.33	45.30	179.86	225.16
3158	Gastroenterostomie	180.83	225.04	45.30	66.21	111.51
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	325.84	405.49	30.27	138.42	168.69
3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	244.38	304.12	22.60	76.36	98.96
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet - auch mit Teilresektion -	180.83	225.04	22.60	68.69	91.29
3168	Jejuno-Zökostomie	211.79	263.57	22.60	68.69	91.29
3169	Teilresektion des Kolons - auch mit Anastomose -	305.48	380.14	22.60	138.42	161.02
3170	Kolektomie, auch subtotal - mit Ileostomie -	427.66	532.20	22.60	191.54	214.14
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination	203.64	253.43	22.60	71.51	94.11
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	130.35	162.20	22.60	38.59	61.19
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	120.56	150.03	22.60	45.43	68.03
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	219.95	273.69	22.60	68.92	91.52
3175	Operation des Mekoniumileus	219.95	273.69	22.60	68.92	91.52
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	285.11	354.79	22.60	86.39	108.99
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	407.29	506.86	22.60	179.97	202.57
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	325.84	405.49	22.60	138.42	161.02
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm - gegebenenfalls einschließ-lich vom Dickdarm - mit Anastomose	285.11	354.79	45.30	84.04	129.34
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	529.48	658.91	45.30	207.70	253
3184	Lebertransplantation	610.93	760.28	116.57	302.71	419.28
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	244.38	304.12	45.30	76.36	121.66
3186	Exstirpation der Gallenblase	203.64	253.43	45.30	71.51	116.81
3187	Operation an den Gallengängen - gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase	264.75	329.47	45.30	84.04	129.34
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	342.11	425.76	45.30	138.42	183.72
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	325.84	405.49	45.30	138.42	183.72
3190	Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums	219.95	273.69	22.60	66.21	88.81
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	162.92	202.73	22.60	77.43	100.03
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmab-schnittes	301.39	375.08	45.30	84.04	129.34
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	376.33	468.33	45.30	179.97	225.27
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	180.83	225.04	45.30	85.91	131.21
3197	Resektion des ganzen Pankreas	376.33	468.33	45.30	179.97	225.27
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	407.29	506.86	45.30	179.97	225.27
3199	Milzexstirpation	180.83	225.04	22.60	85.91	108.51
3200	Appendektomie	120.56	150.03	22.60	37.06	59.66
3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt - gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose -	244.38	304.12	77.79	121.08	198.87
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. DuodenumDünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	183.27	228.08	15.03	85.91	100.94

3206	Enterostomie - auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) -	183.27	228.08	22.60	85.91	108.51
3207	Anlegen eines Anus praeter	120.56	150.03	22.60	37.06	59.66
3208	Verschlußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	101.83	126.71	22.60	33.63	56.23
3209	Verschlußoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	142.54	177.41	22.60	41.30	63.90
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	162.92	202.73	22.60	66.21	88.81
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	9.77	12.15	0,00	1.52	1.52
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	12.23	15.20	0,00	4.84	4.84
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	97.75	121.65	15.03	33.63	48.66
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation	305.48	380.14	22.60	138.42	161.02
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	219.95	273.69	22.60	66.21	88.81
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmrisses	22.65	28.18	7.67	8.97	16.64
3220	Operation submuköser Mastdarmfisteln *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	24.44	30.41	7.67	11.33	19
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmfisteln	30.14	37.50	7.67	11.33	19
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmfistel - auch ihres verzweigten Gangsystems -	57.03	70.97	15.03	22.30	37.33
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel - auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems -	69.24	86.17	15.03	23.72	38.75
3224	Peranale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - ein-schließlich Schleimhautnaht -	93.68	116.58	15.66	36.23	51.89
3226	Peranale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmus-kulatur (Rectostomia posterior) - einschließlich Naht -	285.11	354.79	23.33	86.39	109.72
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	9.77	12.15	0,00	3.19	3.19
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	93.68	116.58	15.03	36.23	51.26
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	180.83	225.04	22.60	66.21	88.81
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus - auch mit Kreuzbeinschnitt -	228.08	283.84	22.60	66.21	88.81
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Megacolon congenitum) - auch mit Kolostomie -	285.11	354.79	22.60	86.39	108.99
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	407.29	506.86	22.60	179.97	202.57
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	9.04	11.25	0,00	3.19	3.19
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442>*	30.14	37.50	7.67	11.33	19
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	15.07	18.75	0,00	5.07	5.07
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels *Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.*	146.63	182.46	22.60	39.89	62.49
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels	146.63	182.46	22.60	39.89	62.49
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	45.13	56.17	7.67	14.76	22.43
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan/Morgan) - auch mit Analplastik - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	75.27	93.67	15.03	21.24	36.27

XV. Hernienchirurgie

3280	Operation einer Diaphragmahernie	225.65	280.79	46.78	85.91	132.69
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	183.27	228.08	46.78	85.91	132.69
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	18.09	22.52	0,00	7.67	7.67

3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444>*	90.42	112.53	23.33	25.49	48.82
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik - auch mit Darmresektion - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	203.64	253.43	46.78	85.91	132.69
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	105.07	130.77	31.11	27.85	58.96
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches - gegebenenfalls mit Darmresektion - *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445>*	162.92	202.73	46.78	66.21	112.99
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	203.64	253.43	15.66	85.91	101.57
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	183.27	228.08	31.11	85.91	117.02

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

3300	Arthroskopie - gegebenenfalls mit Probeexzision - als diagnostische Maßnahme *<Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443>*	40.73	50.69	154.83	27.26	182.09
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	38.53	47.96	0,00	6.73	6.73
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	18.49	23.01	0,00	4.25	4.25
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	3	3.75	0,00	1.52	1.52
3306	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule und an den Extremitäten	12.06	15	0,00	3.07	3.07
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	6.20	7.70	3.89	2.71	6.60
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	12.38	15.41	9.46	5.78	15.24
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	15.40	19.16	21.65	6.84	28.49
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	24.68	30.71	24.18	6.84	31.02
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	30.87	38.41	28.70	8.14	36.84
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	38.53	47.96	42.78	8.14	50.92
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	61.66	76.74	42.78	8.14	50.92
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	77.06	95.89	56.97	13.34	70.31
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels *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.*	7.74	9.62	0,00	2.24	2.24
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)	12.38	15.41	0,00	3.07	3.07

M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.
Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten - auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.
Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.

2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.

3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.

4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden.
Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).

6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.
Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.
Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden.
Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.

7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermiogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.

8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens ”A” als Analogabrechnung zu kennzeichnen.

9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:
Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);

Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;
Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;
Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.
Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung ”- gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -” ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung ”- einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -” ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.

10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.

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 Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.
Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung *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.*	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
3501	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3503	Hämatokrit	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße		4,14	4,14	0,00	1,80	1,80

Katalog

3504	Erythrozyten	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3505	Leukozyten	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3506	Thrombozyten	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	5.52	5.52	0,00	2.50	2.50
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70

3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzuberei-tungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung *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.*	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße		4,83	4,83	0,00	2,20	2,20
Katalog						
3512	Alpha-Amylase	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3514	Glukose	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3517	Hämoglobin	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3518	Harnsäure	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3519	Kalium	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3520	Kreatinin	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3521	Lipase	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße		6,90	6,90	0,00	3,10	3,10
Katalog						
3523	Antistreptolysin (ASL)	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3524	C-reaktives Protein (CRP)	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3525	Mononukleosetest	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3526	Rheumafaktor (RF)	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	8.97	8.97	0,00	4	4
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
3530	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3531	Urinsediment	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3532	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologi-scher Beurteilung der Erythrozyten -	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80

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

ummer		Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3541	.H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550		Blutbild und Blutbildbestandteile *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.*	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3551		Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	1.38	1.38	0,00	0.60	0.60
3552		Retikulozytenzahl	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555		Calcium	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3556		Chlorid	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
3557		Kalium	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
3558		Natrium	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

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

3560		Glukose	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3561		Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3562	.H1	Cholesterin	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3563	.H1	HDL-Cholesterin	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3564	.H1	LDL-Cholesterin	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3565	.H1	Triglyzeride	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

3570	.H1	Albumin, photometrisch	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
3571		Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestim-mung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffu-sion oder ähnliche Untersuchungsmethoden,je Immunglobulin	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
3572		Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppel-bestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3573	.H1	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
3574		Proteinelektrophorese im Serum	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3575		Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10

Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

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

3580	.H1	Anorganisches Phosphat	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3581	.H1	Bilirubin, gesamt	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3582		Bilirubin, direkt	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3583	.H1	Harnsäure	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3584	.H1	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3585	.H1	Kreatinin	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3587	.H1	Alkalische Phosphatase	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3588	.H1	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
3589	.H1	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3590	.H1	Creatinkinase (CK)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3591	.H1	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
3592	.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3593	.H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
3594	.H1	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3595	.H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3596	.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3597	.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3598	.H1	Lipase	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
3599		Saure Phosphatase (sP), photometrisch	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20

6. Gerinnungssystem

3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3607	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.
Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

3610	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	19.33	19.33	0,00	8.60	8.60
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80

8. Spurenelemente

3620	Eisen im Serum oder Plasma	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3621	Magnesium	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

3630	.H Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	60.05	60.05	0,00	26.70	26.70
3631	.H Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	96.63	96.63	0,00	43	43
3633	.H Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	37.96	37.96	0,00	16.90	16.90

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung *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.*	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morpholo-gischer Beurteilung der Erythrozyten	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	2.42	2.42	0,00	1.60	1.60

3653	Urinsediment, mikroskopisch	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	5.52	5.52	0,00	2.50	2.50

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3661	Gallensediment, mikroskopisch	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3662	HCl, titrimetrisch	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativ-präparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprü-fung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung) *Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.*	27.61	27.61	0,00	12.30	12.30
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch - ein-schließlich chemischer Reaktionen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leuko-zytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leu-kozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3691	Hämoglobinelektrophorese	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffauf-nahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O2-Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3694	Lymphozytentransformationstest	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfach-markierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50

3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum *Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Anti-serum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Unter-suchungsmethoden	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immun-fluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmetho-den, je Antiserum *Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.*	24.85	24.85	0,00	11	11
3700	Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatika-sensibilität	138.05	138.05	0,00	61.40	61.40

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO2 und/oder PO2 und/oder Hb)	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3715	Bikarbonat	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3716	Osmolalität	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721	Glykierte Proteine	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3722	Fructosamin, photometrisch	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3723	Fruktose, photometrisch	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3724	D-Xylose, photometrisch	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden,je Bestimmung	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	46.94	46.94	0,00	20.90	20.90
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmundiffusion	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

3733	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70

3735		Albumin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
3736		Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3737		Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3738		Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3739		Alpha1-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3740		Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3741		C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3742		Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3743		Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3744		Fibronectin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3745		Beta2-Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immun-diffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3746		Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3747		Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3748		Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze,je Ansatz	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3749		Immunfixation, bis zu fünf Antiseren,je Antiserum	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3750		Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3751		Kryoglobuline, qualitativ, visuell	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3752		Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Un-tersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3753		Alpha2-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3754		Mikroglobuline (Alpha1, Beta2), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestim-mung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffu-sion oder ähnliche Untersuchungsmethoden,je Mikroglobulinbestimmung	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3755		Myoglobin, Agglutination, qualitativ	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3756		Myoglobin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3757		Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3758		Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3759		Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3760		Protein im Urin, photometrisch	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3761		Proteinelektrophorese im Urin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3762		Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3763		SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3764		SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3765		Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestim-mung und aktueller Bezugskurve	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3766	.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbe-stimmung und aktueller Bezugskurve	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3767		Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Be-zugskurve	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80

3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	24.85	24.85	0,00	11	11

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

3774	Ammoniak (NH4)	15.19	15.19	0,00	6.80	6.80
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3776	Citrat, photometrisch	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3777	Gallensäuren, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3779	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
3780	Kreatin	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3781	Laktat, photometrisch	15.19	15.19	0,00	6.80	6.80
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
3784	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
3785	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektro-phorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (AngiotensinI-Convertase, ACE)	15.19	15.19	0,00	6.80	6.80
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-PhosphatDehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche),je Enzym	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3793	Lysozym	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3794	Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3795	Tatrathemmbare saure Phosphatase (PSP)	7.59	7.59	0,00	3.40	3.40
3796	Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.
Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3630.H zu beachten.

Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immun-fluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90

Katalog
Antikörper gegen

3805	.H2	Antikörper gegen Basalmembran (GBM)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3806	.H2	Antikörper gegen Centromerregion	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3807	.H2	Antikörper gegen Endomysium	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3808	.H2	Antikörper gegen Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3809	.H2	Antikörper gegen Glatte Muskulatur (SMA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3811	.H2	Antikörper gegen Haut (AHA, BMA und ICS)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3812	.H2	Antikörper gegen Herzmuskulatur (HMA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3813	.H2	Antikörper gegen Kerne (ANA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3814	.H2	Antikörper gegen Kollagen	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3815	.H2	Antikörper gegen Langerhans-Inseln (ICA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3816	.H2	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyroperoxidase)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3817	.H2	Antikörper gegen Mikrosomen (Leber, Niere)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3818	.H2	Antikörper gegen Mitochondrien (AMA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3819	.H2	Antikörper gegen nDNA	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3820	.H2	Antikörper gegen Nebenniere	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3821	.H2	Antikörper gegen Parietalzellen (PCA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3822	.H2	Antikörper gegen Skelettmuskulatur (SkMA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3823	.H2	Antikörper gegen Speichelgangepithel	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3824	.H2	Antikörper gegen Spermien	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3825	.H2	Antikörper gegen Thyreoglobulin	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3826	.H2	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3827	.H2	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90

Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70

Katalog
Antikörper gegen

3832	Antikörper gegen Basalmembran (GBM)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3833	Antikörper gegen Centromerregion	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3834	Antikörper gegen Endomysium	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3835	Antikörper gegen Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3836	Antikörper gegen Glatte Muskulatur (SMA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3838	Antikörper gegen Haut (AHA, BMA und ICS)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3839	Antikörper gegen Herzmuskulatur (HMA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3840	Antikörper gegen Kerne (ANA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3841	Antikörper gegen Kollagen	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3842	Antikörper gegen Langerhans-Inseln (ICA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3843	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyroperoxidase)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3844	Antikörper gegen Mikrosomen (Leber, Niere)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3845	Antikörper gegen Mitochondrien (AMA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3846	Antikörper gegen nDNA	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3847	Antikörper gegen Parietalzellen (PCA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3848	Antikörper gegen Skelettmuskulatur (SkMA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3849	Antikörper gegen Speichelgangepithel	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3850	Antikörper gegenSpermien	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3852	Antikörper gegen Thyreoglobulin	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3853	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3854	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70

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	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20

Katalog
Antikörper gegen

3857	Antikörper gegen dDNS	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3858	Antikörper gegen Histone	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3859	Antikörper gegen Ribonukleoprotein (RNP)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3860	Antikörper gegen Sm-Antigen	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3861	Antikörper gegen SS-A-Antigen	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3862	Antikörper gegen SS-B-Antigen	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3863	Antikörper gegen Scl-70-Antigen	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3864	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20

Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80

Katalog
Antikörper gegen

3868	Antikörper gegen Azetylcholinrezeptoren	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3869	Antikörper gegen Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3870	Antikörper gegen Interferon alpha	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3871	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyroperoxydase)	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3872	Antikörper gegen Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3873	Antikörper gegen Myeloperoxydase (P-ANCA)	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3874	Antikörper gegen Proteinase 3 (C-ANCA)	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3875	Antikörper gegen Spermien	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3876	Antikörper gegen Thyreoglobulin	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3877	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3879	Antikörper gegen Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37.96	37.96	0,00	16.90	16.90
3881	Antikörper gegen Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination	6,21	6,21	0,00	2,80	2,80

Katalog
Antikörper gegen

3884	Antikörper gegen Fc von IgM (Rheumafaktor)	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
3885	Antikörper gegen Thyreoglobulin (Boydentest)	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80

	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immun-diffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	12,42	12,42	0,00	5,50	5,50

Katalog

Antikörper gegen

3886	Antikörper gegen Fc von IgM (Rheumafaktor)	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3889	Antikörper gegen Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10

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.

3890	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Mischallergentest (z. B. RAST), im Einzelan-satz, Ligandenassay - gegebenenfalls ein-schließlich Doppelbestimmung und aktueller Be-zugskurve -, qualitativ, bis zu vier Mischallerge-nen, je Mischallergen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3891	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest (z. B. RAST), im Einzelan-satz, Ligandenassay - gegebenenfalls ein-schließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergen-test mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3893	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit min-destens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallerge-nen - gegebenenfalls einschließlich semiquanti-tativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
3894	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit min-destens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzel-allergenen - gegebenenfalls einschließlich semi-quantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestim-mung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion	75.93	75.93	0,00	33.80	33.80
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersu-chung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersu-chung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

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

3900	.H3	Tumormarker; Ca 125, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3901	.H3	Tumormarker; Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3902	.H3	Tumormarker; Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3903	.H3	Tumormarker; Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3904	.H3	Tumormarker; Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3905	.H3	Tumormarker; Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3906	.H3	Tumormarker; Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3907	.H3	Tumormarker; Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbe-stimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3908	.H3	Tumormarker; Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3909	.H3	Tumormarker; Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3910	.H3	Tumormarker; Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3911	.H3	Tumormarker; Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymeraseketten-reaktion (PCR)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	69.02	69.02	0,00	30.70	30.70
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfol-gender Detektion, je Sonde	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	41.41	41.41	0,00	18.40	18.40
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	138.05	138.05	0,00	61.40	61.40

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	7.59	7.59	0,00	3.40	3.40
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3932	Blutungszeit	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	24.85	24.85	0,00	11	11
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	31.75	31.75	0,00	14.10	14.10
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	49.70	49.70	0,00	22.10	22.10
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersu-chungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3945	Heparin, chromogenes Substrat	9.66	9.66	0,00	4.30	4.30
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3947	Plasmatauschversuch	31.75	31.75	0,00	14.10	14.10
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	9.66	9.66	0,00	4.30	4.30
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
3951	Protein C-Aktivität	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3953	Protein S-Aktivität	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
3955	Reptilasezeit	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestim-mung und aktueller Bezugskurve -	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
3959	Thrombinkoagulasezeit	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktuel-ler Bezugskurve -	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	24.85	24.85	0,00	11	11
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17.95	17.95	0,00	8	8
3966	Gesamtkomplement AH 50	41.41	41.41	0,00	18.40	18.40
3967	Gesamtkomplement CH 50	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplettsystems		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

3980	AB0-Merkmale	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

Katalog

3984	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Cw, Kell, Du, Duffy), je Merkmal	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal *Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.*	24.85	24.85	0,00	11	11
3987	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	9.66	9.66	0,00	4.30	4.30
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
3989	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythro-zyten-Präparationen im indirekten Anti-Human-globulin-Test (indirekter Coombstest) im An-schluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	4.83	4.83	0,00	2.20	2.20
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
3992	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythro-zyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präpara-tion	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
3993	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992	27.61	27.61	0,00	12.30	12.30

3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälte-agglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	9.66	9.66	0,00	4.30	4.30
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titer-stufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titer-stufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	41.41	41.41	0,00	18.40	18.40
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	24.85	24.85	0,00	11	11
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System *Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.*	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	27.61	27.61	0,00	12.30	12.30
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	51.77	51.77	0,00	23	23
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	207.07	207.07	0,00	92	92
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit minde-stens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	248.49	248.49	0,00	110.40	110.40
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	172.56	172.56	0,00	76.70	76.70
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	186.37	186.37	0,00	82.80	82.80
4010	HLA-Isoantikörpernachweis	55.22	55.22	0,00	24.50	24.50
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	110.44	110.44	0,00	49.10	49.10
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im GewebeHLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	51.77	51.77	0,00	23	23
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen -	317.51	317.51	0,00	141.10	141.10
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	158.76	158.76	0,00	70.60	70.60

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls

einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4020	Cortisol	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4021	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4022 .H4	Freies Trijodthyronin (fT3)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4023 .H4	Freies Thyroxin (fT4)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4025	Insulin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4026	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4027	Östriol	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4028	Plazentalaktogen (HPL)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4029 .H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4030	Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4031 .H4	Thyroxin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4032 .H4	Trijodthyronin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		24,16	24,16	0,00	10,70	10,70
Katalog						
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4036	Androstendion	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4039	Östradiol	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4040	Progesteron	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4041	Prolaktin	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4042	Testosteron	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4043	Wachstumshormon (HGH)	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		33,13	33,13	0,00	14,70	14,70
Katalog						
4045	Aldosteron	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4046	C-Peptid	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4047	Calcitonin	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4048	cAMP	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4049	Corticotropin (ACTH)	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4050	Erythropoetin	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4051	Gastrin	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4052	Glukagon	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauteringravidität	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4054	Osteocalcin	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4055	Oxytocin	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4056	Parathormon	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4058	Reninkonzentration	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70

4060	Somatomedin	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		51,77	51,77	0,00	23,00	23,00
Katalog						
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)	51.77	51.77	0,00	23	23
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)	51.77	51.77	0,00	23	23
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)	51.77	51.77	0,00	23	23
4067	Parathyroid hormone related peptide	51.77	51.77	0,00	23	23
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)	51.77	51.77	0,00	23	23
4069	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	51.77	51.77	0,00	23	23
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper -	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie		39,34	39,34	0,00	17,50	17,50
Katalog						
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4074	Metanephrine	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4075	Serotonin	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4076	Steroidprofil	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschro-matographie-Massenspektrometrie	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nach-weisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay - ge-gebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	9.66	9.66	0,00	4.30	4.30
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Dop-pelbestimmung und aktueller Bezugskurve - oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung,je Bestimmung	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4086	Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	82.83	82.83	0,00	36.80	36.80
4087	Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	82.83	82.83	0,00	36.80	36.80
4088	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung -	82.83	82.83	0,00	36.80	36.80

4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80

15. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.
Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	78.69	78.69	0,00	35	35
4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	69.02	69.02	0,00	30.70	30.70
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	151.16	151.16	0,00	67.20	67.20
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4097	Dexamethasonhemmtest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4098	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4099	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	19.33	19.33	0,00	8.60	8.60
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	265.05	265.05	0,00	117.80	117.80
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	144.95	144.95	0,00	64.40	64.40
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	48.32	48.32	0,00	21.50	21.50
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	66.26	66.26	0,00	29.50	29.50
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	265.05	265.05	0,00	117.80	117.80
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	69.02	69.02	0,00	30.70	30.70
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylidid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	48.32	48.32	0,00	21.50	21.50
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	198.79	198.79	0,00	88.40	88.40
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Al-dosteron)	132.53	132.53	0,00	58.90	58.90
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Al-dosteron)	132.53	132.53	0,00	58.90	58.90
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	132.53	132.53	0,00	58.90	58.90
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Tryp-sin und Bikarbonat)	74.55	74.55	0,00	33.10	33.10
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30

4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	49.70	49.70	0,00	22.10	22.10

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, DeltaALA), photometrisch und säulenchromatogra-phisch	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, SchwarzWatson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4126	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	31.75	31.75	0,00	14.10	14.10

17. Spurenelemente, Vitamine

4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	2.76	2.76	0,00	1.20	1.20
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4135	Zink, Atomabsorption	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)2D3, Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	51.77	51.77	0,00	23	23
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestim-mung und aktueller Bezugskurve -	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeits-chromatographie	24,85	24,85	0,00	11,00	11,00

Katalog

4141	Vitamin A	24.85	24.85	0,00	11	11
4142	Vitamin E	24.85	24.85	0,00	11	11

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeits-chromatographie	39,34	39,34	0,00	17,50	17,50

Katalog

4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4145	Vitamin B1	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4146	Vitamin B6	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4147	Vitamin K	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4150	Amikacin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4151	Amphetamin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4152	Azetaminophen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4153	Barbiturate	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4154	Benzodiazepine	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4155	Cannabinoide	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4156	Carbamazepin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4157	Chinidin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4158	Cocainmetabolite	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4160	Desipramin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4161	Digitoxin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4162	Digoxin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4163	Disopyramid	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4164	Ethosuximid	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4165	Flecainid	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4166	Gentamicin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4167	Lidocain	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4168	Methadon	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4169	Methotrexat	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4170	N-Azetylprocainamid	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4171	Netilmicin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4172	Opiate	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4173	Phenobarbital	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4174	Phenytoin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4175	Primidon	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4176	Propaphenon	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4177	Salizylat	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4178	Streptomycin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4179	Theophyllin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4180	Tobramicin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4181	Valproinsäure	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Dop-pelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		48,32	48,32	0,00	21,50	21,50
Katalog						
4186	Amitryptilin	48.32	48.32	0,00	21.50	21.50
4187	Imipramin	48.32	48.32	0,00	21.50	21.50
4188	Nortriptylin	48.32	48.32	0,00	21.50	21.50
Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos		28,30	28,30	0,00	12,60	12,60
Katalog						
4190	Aluminium	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4191	Arsen	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4192	Blei	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60

4193	Cadmium	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4194	Chrom	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4195	Gold	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4196	Quecksilber	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4197	Thallium	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	24,85	24,85	0,00	11,00	11,00

Katalog

4199	Amiodarone	24.85	24.85	0,00	11	11
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)	24.85	24.85	0,00	11	11
4201	Chinidin	24.85	24.85	0,00	11	11
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	24.85	24.85	0,00	11	11

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80

Katalog

4203	Antibiotika	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80
4204	Antimykotika	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80

Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	28,30	28,30	0,00	12,60	12,60

Katalog

4206	Valproinsäure	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4207	Ethanol	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nach-weis von exogenen Giften, je Untersuchung	33.13	33.13	0,00	14.70	14.70
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
4211	Ethanol, photometrisch	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
4212	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	24.85	24.85	0,00	11	11
4214	Lithium	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		6,21	6,21	0,00	2,80	2,80
Katalog						
Antikörper gegen						
4220	Borrelia burgdorferi	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4221	Brucellen	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4222	Campylobacter	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4223	Francisellen	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4225	Leptospiren	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4226	Listerien, je Typ	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4228	Salmonellen-H-Antigene	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4229	Salmonellen-O-Antigene	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4230	Staphylolysin	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4231	Streptolysin	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4232	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4234	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		15,88	15,88	0,00	7,10	7,10
Katalog						
Antikörper gegen						
4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4236	Borrelia burgdorferi	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4237	Brucellen	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4238	Campylobacter	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4239	Francisellen	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4241	Leptospiren	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4242	Listerien, je Typ	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4243	Rickettsien	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4246	Staphylolysin	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4247	Streptolysin	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4248	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4250	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
Katalog Antikörper gegen						
4251	Bordetella pertussis	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4252	Borrelia burgdorferi	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4253	Chlamydia trachomatis	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4254	Coxiella burneti	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4255	Legionella pneumophila	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4256	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4257	Mycoplasma pneumoniae	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4258	Rickettsien	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4259	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4260	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4261	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		35,20	35,20	0,00	15,70	15,70
Katalog Antikörper gegen						
4263	Bordetella pertussis	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4264	Borrelia burgdorferi	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4265	Chlamydia trachomatis	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4266	Coxiella burneti	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4267	Legionella pneumophila	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4268	Mycoplasma pneumoniae	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4269	Rickettsien	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4270	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4271	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4272	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		55,22	55,22	0,00	24,50	24,50
Katalog Antikörper gegen						
4273	Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABSTest)	55.22	55.22	0,00	24.50	24.50
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog Antikörper gegen						
4275	Campylobacter	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4276	Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4277	Chlamydia trachomatis	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4278	Coxiella burneti	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4279	Gonokokken	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

4280	Leptospiren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4281	Listerien	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4282	Mycoplasma pneumoniae	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4283	Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4284	Yersinien	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4285	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

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

		24,16	24,16	0,00	10,70	10,70

Katalog
Antikörper gegen

4286	Borrelia burgdorferi	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4287	Campylobacter	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4288	Coxiella burneti	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4289	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4290	Mycoplasma pneumoniae	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4291	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70

Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden

Katalog

4293	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Immundif-fusion oder ähn-liche Untersuchungsmethoden	12.42	12.42	0,00	5.50	5.50
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Farbreaktion und visuell	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

		6,21	6,21	0,00	2,80	2,80

Katalog
Antikörper gegen

4300	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnel-Test); Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4301	Röteln-Virus	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4302	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand; Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinations-hemmung, Latex-Agglutination) *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinations-hemmung, Latex-Agglutination)		16,57	16,57	0,00	7,40	7,40
Katalog Antikörper gegen						
4305	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnel-Test)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4306	Röteln-Virus	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4307	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
Katalog Antikörper gegen						
4310	Adenoviren	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4317	FSME-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4322	HIV 1	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4323	HIV 2	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4324	Influenza A-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4325	Influenza B-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4327	Masern-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4328	Mumps-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4329	Parainfluenza-Virus 1	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4330	Parainfluenza-Virus 2	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4331	Parainfluenza-Virus 3	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4332	Respiratory syncytial virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4333	Tollwut-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4334	Varizella-Zoster-Virus	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immun-						

fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		35,20	35,20	0,00	15,70	15,70
Katalog Antikörper gegen						
4337	Adenoviren	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4344	FSME-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4349	HIV 1	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4350	HIV 2	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4351	Influenza A-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4352	Influenza B-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4354	Masern-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4355	Mumps-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4356	Parainfluenza-Virus 1	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4357	Parainfluenza-Virus 2	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4358	Parainfluenza-Virus 3	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4359	Respiratory syncytial virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4360	Röteln-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4361	Tollwut-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4362	Varizella-Zoster-Virus	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4363	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog Antikörper gegen						
4365	Adenoviren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4366	Coronaviren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4367	Influenza A-Virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4368	Influenza B-Virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4369	Influenza C-Virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4371	Parainfluenza-Virus 1	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4371 a	Parainfluenza-Virus 2	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4372	Parainfluenza-Virus 3	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4373	Polyomaviren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4374	Reoviren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4375	Respiratory syncytial virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		16,57	16,57	0,00	7,40	7,40

Katalog
Antikörper gegen

4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4381	HBs-Antigen	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4385	Masern-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4386	Mumps-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4387	Röteln-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4388	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4389	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40

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

		20,71	20,71	0,00	9,20	9,20

Katalog
Antikörper gegen

4390	Cytomegalie-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4391	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4392	FSME-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4393	HBc-Antigen (IgG und IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4394	Herpes simplex-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4395	HIV	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4396	Masern-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4397	Mumps-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4398	Röteln-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4399	Varizella-Zoster-Virus (IgM)	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4400	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20

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

		24,16	24,16	0,00	10,70	10,70

Katalog
Antikörper gegen

4402	HBc-Antigen (IgM)	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4403	HBe-Antigen (IgM)	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70

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

Katalog
Antikörper gegen

4405	Delta-Antigen	55.22	55.22	0,00	24.50	24.50
4406	Hepatitis C-Virus	27.61	27.61	0,00	12.30	12.30

Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden	55,22	55,22	0,00	24,50	24,50

Katalog
Antikörper gegen

4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot	55.22	55.22	0,00	24.50	24.50
4409	HIV, Immunoblot	55.22	55.22	0,00	24.50	24.50

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90

Katalog
Antikörper gegen

4415	Candida albicans	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4416	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70

Katalog
Antikörper gegen

4418	Candida albicans	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4419	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	6,21	6,21	0,00	2,80	2,80

Katalog
Antikörper gegen

4421	Aspergillus	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4422	Candida albicans	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4423	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutina-

tions- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		16,57	16,57	0,00	7,40	7,40
Katalog						
Antikörper gegen						
4425	Aspergillus	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4426	Candida albicanstions	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4427	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		6,21	6,21	0,00	2,80	2,80
Katalog						
Antikörper gegen						
4430	Echinokokken	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4431	Schistosomen	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		16,57	16,57	0,00	7,40	7,40
Katalog						
Antikörper gegen						
4435	Echinokokken	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4436	Schistosomen	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
Katalog						
Antikörper gegen						
4440	Entamoeba histolytica	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4441	Leishmanien	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4442	Plasmodien	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4443	Pneumocystis carinii	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90

4444	Schistosomen	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4445	Toxoplasma gondii	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4446	Trypanosoma cruzi	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4447	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70

Katalog
Antikörper gegen

4448	Entamoeba histolytica	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4449	Leishmanien	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4450	Pneumocystis carinii	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4451	Plasmodien	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4452	Schistosomen	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4453	Toxoplasma gondii	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4454	Trypanosoma cruzi	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70
4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	35.20	35.20	0,00	15.70	15.70

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog
Antikörper gegen

4456	Echinokokken	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4457	Entamoeba histolytica	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4458	Leishmanien	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4459	Toxoplasma gondii	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	15,88	15,88	0,00	7,10	7,10

Katalog
Antikörper gegen

4461	Toxoplasma gondii	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	15.88	15.88	0,00	7.10	7.10

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,16	24,16	0,00	10,70	10,70

Katalog
Antikörper gegen

4465	Entamoeba histolytica	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4466	Leishmanien	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70

4467	Schistosomen	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4468	Toxoplasma gondii	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum	8,97	8,97	0,00	4,00	4,00

Katalog

4500	Betahämolysierende Streptokokken Typ B	8.97	8.97	0,00	4	4
4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b	8.97	8.97	0,00	4	4
4502	Neisseria meningitidis Typen A und B	8.97	8.97	0,00	4	4
4503	Streptococcus pneumoniae	8.97	8.97	0,00	4	4
4504	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	8.97	8.97	0,00	4	4

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich einfacher Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	6,21	6,21	0,00	2,80	2,80

Katalog

4506	Methylenblaufärbung	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80
4508	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	6.21	6.21	0,00	2.80	2.80

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich aufwendigerer Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	7,59	7,59	0,00	3,40	3,40

Katalog

4510	Giemsafärbung (Punktate)	7.59	7.59	0,00	3.40	3.40
4511	Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)	7.59	7.59	0,00	3.40	3.40
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung	7.59	7.59	0,00	3.40	3.40
4513	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	7.59	7.59	0,00	3.40	3.40

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen -, qualitativ, je Untersuchung		11,04	11,04	0,00	4,90	4,90
Katalog						
4515	Auraminfärbung	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4516	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4518	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum *Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4520	Beta-hämolysierende Streptokokken derGruppe B	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4522	Legionellen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4523	Neisseria meningitidis	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4524	Neisseria gonorrhoeae	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4525	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
	b. Züchtung/Gewebekultur					
4530	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüch-tung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium *Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	5.52	5.52	0,00	2.50	2.50
4531	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium *Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
4532	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiter-züchtung in CO2-Atmosphäre, je Nährmedium	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
4533	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.					
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schoko-laden-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium *Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreiche-rungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionel-len-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium *Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium,je Untersuchungsmaterial	27.61	27.61	0,00	12.30	12.30
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30

c. Identifizierung/Typisierung

4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Ver-fahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
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	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombina-tion von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim	16.57	16.57	0,00	7.40	7.40
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	22.78	22.78	0,00	10.10	10.10
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberkulosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen *Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20

Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung		4,14	4,14	0,00	1,80	1,80
Katalog						
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
	Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.					
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - ein-schließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4563	Legionellen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4564	Neisseria meningitidis	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.					
Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatograhie, je Untersuchung		28,30	28,30	0,00	12,60	12,60
Katalog						
4567	Anaerobier	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	28.30	28.30	0,00	12.60	12.60
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.					
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie - einschließlich aufwendi-ger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungreaktion -, je Untersuchung	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse strukturel-ler Komponenten, je Untersuchung	39.34	39.34	0,00	17.50	17.50
Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum		8,28	8,28	0,00	3,70	3,70
Katalog						
4572	Beta-hämolysierende Streptokokken	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4573	Escherichia coli	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4574	Salmonellen	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4575	Shigellen	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4578	Brucellen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4579	Pseudomonaden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4580	Staphylokokken	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4581	Salmonellen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüs-sigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4585	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radio-chemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	24.16	24.16	0,00	10.70	10.70

d. Toxinnachweis

Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4592	Staphylococcus aureus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4593	Vibrionen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4596	Clostridium botulinum	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4597	Corynebacterium diphtheriae	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4598	Staphylokokkentoxin	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30

Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.
Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.

e. Keimzahl, Hemmstoffe

4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semi-quantitativ, je Urinuntersuchung	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbrin-gung des Untersuchungsmaterials, je Unter-suchungsmaterial	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80

f. Empfindlichkeitstestung

4610	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz *Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.*	1.38	1.38	0,00	0.60	0.60
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	2.07	2.07	0,00	0.90	0.90
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 ge-prüfter Substanz	3.45	3.45	0,00	1.50	1.50
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	5.18	5.18	0,00	2.30	2.30
4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photo-metrische, turbidimetrische oder nephelometri-sche Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Latex-Agglutination), je Untersuchung	4,14	4,14	0,00	1,80	1,80

Katalog

4630	Rota-Viren	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80
4631	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	4.14	4.14	0,00	1.80	1.80

Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	5,52	5,52	0,00	2,50	2,50

Katalog

4633	Herpes simplex Viren	5.52	5.52	0,00	2.50	2.50
4634	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	5.52	5.52	0,00	2.50	2.50
4636	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	219.50	219.50	0,00	97.60	97.60

Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

4640	Adeno-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4641	Hepatitis A-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4644	Influenza-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4645	Parainfluenza-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4646	Rota-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4647	Respiratory syncytial virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4648	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

b. Züchtung

4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebe-subkultur, je Ansatz	31.06	31.06	0,00	13.80	13.80

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn

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

4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	22.78	22.78	0,00	10.10	10.10
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	219.50	219.50	0,00	97.60	97.60

Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

4675	Adeno-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4676	Influenza-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4677	Parainfluenza-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4678	Rota-Viren	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4679	Respiratory syncytial virus	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum	8,28	8,28	0,00	3,70	3,70

Katalog

4705	Aspergillus	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4706	Candida	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4707	Kryptokokkus neoformans	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.*	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilsen	5.52	5.52	0,00	2.50	2.50

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	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

b. Züchtung

4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium *Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	6.90	6.90	0,00	3.10	3.10
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium *Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium *Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.*	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70

c. Identifizierung/Charakterisierung

4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay(z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

d. Empfindlichkeitstestung

4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) - gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) -, qualitativ, je Untersuchung	8,28	8,28	0,00	3,70	3,70

Katalog

4740	Amöben	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4741	Lamblien	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4743	Trichomonaden	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70

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	11,04	11,04	0,00	4,90	4,90

Katalog

4747	Amöben	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4748	Lamblien	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4749	Trichomonaden	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4750	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90
4751	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*	11.04	11.04	0,00	4.90	4.90

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten - einschließlich aufwendigerer Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

4753	Giemsafärbung (Blutausstrich) (z. B. Malariaplasmodien)	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4754	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.					
4756	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	13.80	13.80	0,00	6.10	6.10
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung- oder Methylenblau-färbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20.02	20.02	0,00	8.90	8.90
4759	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

b. Züchtung

Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

4760	Amöben	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4761	Lamblien	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4762	Trichomonaden	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4763	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

c. Identifizierung

Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung	8,28	8,28	0,00	3,70	3,70

Katalog

4765	Trichomonaden	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4766	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*	8.28	8.28	0,00	3.70	3.70
4768	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

4770	Trypanosoma cruzi	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*	17.26	17.26	0,00	7.70	7.70

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.

4780	Isolierung von Nukleinsäuren	62.12	62.12	0,00	27.60	27.60
4781	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	10.35	10.35	0,00	4.60	4.60
4782	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4783	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	34.51	34.51	0,00	15.30	15.30
4784	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	69.02	69.02	0,00	30.70	30.70
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nicht-radioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	20.71	20.71	0,00	9.20	9.20
4786	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	41.41	41.41	0,00	18.40	18.40
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	138.05	138.05	0,00	61.40	61.40

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	17.69	21.99	0,00	7.91	7.91
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	23.56	29.29	0,00	10.62	10.62
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Auf-bereitung desselben (z. B. Knochen mit Ent-kalkung)	23.56	29.29	0,00	10.62	10.62
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	23.56	29.29	0,00	10.62	10.62
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	23.56	29.29	0,00	10.62	10.62
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie). Die histologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunhistochemischen Verfahrens rechtfertigt die 2-fache Abrechnung der Nr. 4815 je Leistungsziel. Die Art der Untersuchung ist anzugeben. Eine mehr als dreimalige Berechenbarkeit bedarf einer diagnosebezogenen Begründung. Ab der 6. Berechnung ist für jede Untersuchung nur noch die einmalige Berechnung der Nr. 4815 der UV-GOÄ anzuwenden. Für einen immunhistochemischen Nachweis von Östrogenrezeptoren oder Progesteronrezeptoren ist die Nr. 4815 2-fach abrechenbar.	28.51	35.46	0,00	12.74	12.74
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	20.37	25.35	0,00	9.09	9.09

II. Zytologie

Die zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines zytochemischen Sonderverfahrens (z.B. Eisen, PAS-Reaktion) oder optischer Sonderverfahren (Indifferenz- oder Polarisationsmikroskopie) ist nach Nummer 4815 der UV-GOÄ abrechenbar. Neben der o.g. Leistung sind – außer in besonders zu begründenden Einzelfällen – die Leistungen nach den Nummern 4815, 4851 oder 4852 bei Untersuchungen an demselben Material nicht berechnungsfähig. Die zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunzytochemischen Verfahrens rechtfertig die Abrechnung der Nummer 4815 und 4852 der UV-GOÄ. Die Art der Untersuchung ist anzugeben. Eine mehr als dreimalige Berechnung bedarf einer diagnosebezogenen Begründung. Ab der 6. Berechnung ist die Berechnung jeder Untersuchung nur mit dem zweimaligen analogen Ansatz der Nummer 4852 vorzunehmen.

4850	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - *Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungs-fähig.*	7.09	8.82	0,00	4.72	4.72
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusam-menhang aus einem Untersuchungsgebiet ge-wonnenen Präparate (z. B. aus dem Genitale der Frau) - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - *Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchun-gen aus demselben Material nicht berechnungs-fähig.*	10.59	13.17	0,00	7.08	7.08
4852	Zytologische Untersuchung von z. B. Punktaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit beson-deren Aufbereitungsverfahren - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologi-scher mikroskopischer Befunde an demselben Material -, je Untersuchungsmaterial	14.17	17.64	0,00	9.45	9.45
4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate	13.03	16.22	0,00	8.73	8.73

III. Zytogenetik

4870	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehre-ren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	22.24	27.68	0,00	14.87	14.87
4871	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehre-ren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	23.56	29.29	0,00	15.81	15.81
4872	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung - gege-benenfalls einschließlich Materialentnahme -	158.85	197.68	0,00	106.21	106.21
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kulti-vierung und langzeitiger Subkultivierung - gege-benenfalls einschließlich Materialentnahme - ; Zytogenetik	246.82	307.16	0,00	165.10	165.10

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

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. Der UV-Träger erhält eine Kopie; Portokosten sind zu erstatten.

4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen als selbständige Leistung ist grundsätzlich nicht berechnungsfähig.
Für die im Zusammenhang mit einer Begutachtung erforderliche Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen kann der Arzt die Leistungen nach den Nummern 5255 bis 5257 berechnen. Für die Beurteilung der ILO-Klassifikation von anderweitig angefertigten Röntgenaufnahmen bzw. die Beurteilung der ICOERD-Klassifikation von anderweitig durchgeführten CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik als selbständige Leistungen kann der Arzt die Nr. 5255, 5381, 5382 oder 5383 abrechnen.

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.

8. Bei Anforderung von Auskünften, Berichten, und Gutachten durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind von diesem für die Rücksendung Freiumschläge beizulegen. In allen anderen Fällen ist dem Arzt das Porto zu ersetzen. Für die Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschließlich Verpackung) ist ein Pauschalbetrag nach Geb.-Nr. 195 je Sendung (zuzüglich Portokosten) zu zahlen. Das gilt auch für die Übersendung von Röntgenaufnahmen von Arzt zu Arzt. Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung.

I. Strahlendiagnostik

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

Zähne

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5000	Zähne, je Projektion	4.08	5.06	0,00	2.71	2.71
	Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.					
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	20.37	25.35	0,00	13.57	13.57
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71

Finger oder Zehen

5010	jeweils in zwei Ebenen	14.65	18.25	0,00	9.80	9.80
5011	ergänzende Ebene(n)	4.88	6.08	0,00	3.30	3.30
	Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.					

Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe

5020	jeweils in zwei Ebenen	17.93	22.30	0,00	11.93	11.93
5021	ergänzende Ebene(n)	6.51	8.11	0,00	4.37	4.37
	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.					
5022	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumen- oder Sprunggelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5010, 5011 bzw. 5020, 502	4.88	6.08	0,00	0,00	0,00

Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk

5030	jeweils in zwei Ebenen; ,Kreuzbein oder Hüftgelenk	29.33	36.48	0,00	19.59	19.59
5031	ergänzende Ebene(n)	8.14	10.15	0,00	5.43	5.43
	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.					
5032	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schultereck- oder Kniegelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5030, 5031	4.88	6.08	0,00	0,00	0,00
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	13.03	16.22	0,00	8.73	8.73
	Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skelettteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.					
	Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.					
5037	Bestimmung des Skelettalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung -	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5040	Beckenübersicht	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrast-mitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	77.38	96.29	0,00	51.58	51.58
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87

5098	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -	21.19	26.36	0,00	14.16	14.16
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5101	ergänzende Ebene(n)	13.03	16.22	0,00	8.73	8.73
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5106	ergänzende Ebene(n)	14.65	18.25	0,00	9.80	9.80
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität ; Skelett	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15
5111	ergänzende Ebene(n) ; Skelett	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
	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	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	21.19	26.36	0,00	14.16	14.16
5121	ergänzende Ebene(n)	11.39	14.19	0,00	7.55	7.55

2. Hals- und Brustorgane

5130	Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen -	22.82	28.38	0,00	15.22	15.22
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	22.82	28.38	0,00	15.22	15.22
	Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.					
5137	Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen	36.66	45.61	0,00	24.43	24.43
5139	Teil der Brustorgane	14.65	18.25	0,00	9.80	9.80
	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	8.14	10.15	0,00	5.43	5.43

3. Bauch- und Verdauungsorgane

5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophagogastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	44.81	55.75	0,00	29.85	29.85
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	57.03	70.97	0,00	38	38
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünn-darms), Kontrastuntersuchung - einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuch-tung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 -	97.75	121.65	0,00	65.15	65.15
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodenojejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -	105.89	131.79	0,00	70.58	70.58

5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -	57.03	70.97	0,00	38	38
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	114.03	141.92	0,00	76	76
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuch-tung(en) -	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	65.17	81.10	0,00	43.42	43.42
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durch-leuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -	89.60	111.51	0,00	59.72	59.72
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion *Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15
5192	Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5235	Refluxzystographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließ-lich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71

4. Beurteilung von Fremdaufnahmen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen
im Zusammenhang mit einer Begutachtung

5255	bis zu 15 Aufnahmen Die Gebühr kann auch außerhalb von Begutachtungen für die Beurteilung der ILO-Klassifikation im Zusammenhang mit der Pneumokoniose-Diagnostik abgerechnet werden.	12.07	12.07	0,00	0,00	0,00
5256	bis zu 40 Aufnahmen	21.13	21.13	0,00	0,00	0,00
5257	über 40 Aufnahmen	42.23	42.23	0,00	0,00	0,00

5. Spezialuntersuchungen

5260	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71

	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	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
	Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.					
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	36.66	45.61	0,00	24.43	24.43
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	12.23	15.20	0,00	8.14	8.14
5280	Myelographie	61.10	76.02	0,00	40.72	40.72
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	36.66	45.61	0,00	24.43	24.43
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	52.95	65.89	0,00	35.29	35.29
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	19.56	24.34	0,00	12.99	12.99
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radio-graphie (Bildverstärker-Radiographie); Spezialuntersuchungen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radio-graphie (Bildverstärker-Radiographie)				1)	1)
	Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des Gebührensatzes für die allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistung. Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5255 bis 5257 für die Beurteilung von Fremdaufnahmen nicht berechnungsfähig.					

1) Allgemein- und Sachkosten = 50 v.H. des berechnungsfähigen Zuschlagsbetrages

6. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

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

5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
	Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.					
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5303	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammen-hang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
	Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.					
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57
5306 a	Leistung nach Nummer 5306, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5303 bis 5305	137.58	137.58	0,00	108.57	108.57
	Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.					

5307		Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5307	a	Leistung nach Nummer 5307, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5303 bis 5305 *Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.*	41.27	41.27	0,00	32.57	32.57
5308		Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	65.17	81.10	0,00	43.42	43.42
5308	a	Leistung nach Nummer 5308, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305. *Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.*	55.03	55.03	0,00	43.42	43.42
5309		Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	146.63	182.46	0,00	97.71	97.71
5310		Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5311		Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5312		Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5313		Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.*	65.17	81.10	0,00	43.42	43.42
5315		Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie *Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	179.21	223.02	0,00	119.44	119.44
5316		Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie *Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.*	244.38	304.12	0,00	162.98	162.98
5317		Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5318		Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt *Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.*	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5324		Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie *Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	195.50	243.29	0,00	130.28	130.28
5325		Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasse mittels Cinetechnik,eine Serie	244.38	304.12	0,00	162.98	162.98
5326		Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistun-gen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5327		Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie *Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.*	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5328		Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik *Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	82.54	82.54	0,00	65.15	65.15
5329		Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	130.35	162.20	0,00	86.86	86.86
5330		Venographie einer Extremität	61.10	76.02	0,00	40.72	40.72
5331		Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87

5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung *Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal berechnet werden.*	55.03	55.03	0,00	43.42	43.42
5338	Lymphographie, je Extremität	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) -, insgesamt	20.37	25.35	0,00	13.57	13.57

7. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

Die Leistungen nach den Nummern 5345 bis 5356 können je Sitzung nur

5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronar-arterien - einschließlich Kontrastmitteleinbrin-gungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *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.*	228.08	283.84	7.57	117.54	125.11
5346	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt *Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.*	48.86	60.82	0,00	25.13	25.13
5348	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesam-ten Eingriff - *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.*	309.54	385.21	7.57	151.77	159.34
5349	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	81.45	101.37	0,00	42.01	42.01

	Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.					
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde -	40.73	50.69	0,00	21	21
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	81.45	101.37	0,00	42.01	42.01
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrast-mitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungs-fähig.*	162.92	202.73	7.57	84.14	91.71
5354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt *Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungs-fähig.*	16.28	20.27	0,00	8.38	8.38
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen trans-luminalen Dilatation - einschließlich Kontrast-mitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungs-fähig.*	162.92	202.73	0,00	84.14	84.14
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 - *Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.*	203.64	253.43	0,00	105.15	105.15
5357	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmittel-einbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet *Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungs-fähig.*	285.11	354.79	0,00	175.01	175.01
5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließ-lich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiogra-phischer Kontrollen im zeitlichen Zusammen-hang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäß-gebiet ; Interventionelle Maßnahmen *Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungs-fähig.*	366.57	456.17	0,00	189.29	189.29
5359	Embolisation der Vena spermatica - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	203.64	253.43	0,00	105.15	105.15

	Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.					
5360	Embolisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.*	162.92	202.73	0,00	84.14	84.14
5361	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.*	211.79	263.57	0,00	109.40	109.40

8. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Numern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

5369	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 *Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.*	244.38	257.69	0,00	162.98	162.98
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs -	162.92	171.79	0,00	108.57	108.57
5370 a	Digitale Volumentomographie im Kopfbereich ggf. einschließlich computergesteuerter Analyse und 3D-Rekonstruktion. Die zu erwartende therapieentscheidende Mehrinformation gegenüber der konventionellen Bildgebung ist in der Rechnung anzugeben. Die Nr. 5377 kann nicht gesondert abgerechnet werden. Bei Kindern sind die klinischen Befunde, aus denen die rechtfertigende Indikation resultiert, und eine Begründung, warum strahlungsfreie Untersuchungsmethoden nicht angewendet werden konnten, anzugeben. Bei Kindern ist die DVT in der Regel nur einmal pro Behandlungsfall abrechenbar. Sollten im Einzelfall auf Grund besonderer Umstände mehrere DVT-Aufnahmen notwendig sein, so ist die Begründung anzugeben.	139.58	139.58	0,00	75.38	75.38
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich Bei zusätzlicher Beurteilung eines HR CT nach der ICOERD-Klassifizierung im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers kann die Gebühr der Besonderen Heilbehandlung abgerechnet werden.	187.36	197.56	0,00	124.86	124.86
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	211.79	223.33	0,00	141.15	141.15
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	154.78	163.20	0,00	103.14	103.14
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls ein-schließlich der Übergangsregionen -	154.78	163.20	0,00	103.14	103.14

5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge *Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.*	162.92	171.79	0,00	108.57	108.57
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 -	40.73	42.95	0,00	27.15	27.15
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion -	55.03	55.03	0,00	43.42	43.42
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen *Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.*	81.45	85.90	0,00	54.29	54.29
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	24.44	25.77	0,00	16.28	16.28
	9. ICOERD Klassifizierung von Fremd-CT-Aufnahmen					
	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen					
5381	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen einer (HR) CT-Untersuchung *Die Gebühr nach Nr. 5381 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5382 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig.*	63.73	63.73	0,00	0,00	0,00
5382	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen von zwei (HR) CT-Untersuchungen *Die Gebühr nach Nr. 5382 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig.*	127.45	127.45	0,00	0,00	0,00
5383	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen von drei und mehr (HR) CT-Untersuchungen *Die Gebühr nach Nr. 5383 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5382 nicht berechnungsfähig.*	191.19	191.19	0,00	0,00	0,00

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 quan-

titative 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 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 Maßnah-
deutige Definition gegeben ist.

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile -	28.51	35.46	0,00	19	19
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) -	105.89	131.79	0,00	70.58	70.58
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) - *Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	97.75	121.65	0,00	65.15	65.15

b. Gehirn

5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	97.75	121.65	0,00	65.15	65.15
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	73.31	91.23	0,00	48.85	48.85

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

c. Lunge

5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt	105.89	131.79	0,00	70.58	70.58
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aero-sole oder Stäube	105.89	131.79	0,00	70.58	70.58

d. Herz

5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gege-benenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	97.75	121.65	0,00	65.15	65.15
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von minde-stens Auswurffraktion und regionaler Wandbe-wegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammen-hang mit der Untersuchung - *Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.*	309.54	385.21	0,00	206.41	206.41
5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - *Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57
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 - *Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/ oder 5423 nicht berechnungsfähig.*	228.08	283.84	0,00	152.12	152.12

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	183.27	228.08	0,00	122.14	122.14
5426	Teilkörperskelettszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	102.64	127.73	0,00	68.45	68.45
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -	32.58	40.55	0,00	21.71	21.71
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	183.27	228.08	0,00	122.14	122.14

f. Tumorszintigraphie

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

5430	eine Region Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischenTumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabo-lischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen odermonoklonalen Antikörpern	97.75	121.65	0,00	65.15	65.15
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischenTumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen odermonoklonalen Antikörpern *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.*	183.27	228.08	0,00	122.14	122.14

g. Nieren

5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards -	228.08	283.84	0,00	152.12	152.12
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung -	130.35	162.20	0,00	86.86	86.86
5442	Statische Nierenszintigraphie *Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	48.86	60.82	0,00	32.57	32.57
5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 - mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) -	57.03	70.97	0,00	38	38
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen - *Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.*	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29

h. Endokrine Organe

5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse - *Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.*	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29

Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).
Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.

i. Gastrointestinaltrakt

5455	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage - gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung -, Gallenwege - gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux -, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	105.89	131.79	0,00	70.58	70.58
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/ oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	105.89	131.79	0,00	70.58	70.58

j. Hämatologie, Angiologie

5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - *Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.*	73.31	91.23	0,00	48.85	48.85
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	179.21	223.02	0,00	119.44	119.44
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -	179.21	223.02	0,00	119.44	119.44
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	40.73	50.69	0,00	27.15	27.15

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

5465	eine Region	102.64	127.73	0,00	68.45	68.45
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	183.27	228.08	0,00	122.14	122.14

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).

k. Resorptions- und Exkretionsteste

5470	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum -	77.38	96.29	0,00	51.58	51.58

l. Sonstige

5472	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung - auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle -	77.38	96.29	0,00	51.58	51.58
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) - Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.	73.31	91.23	0,00	48.85	48.85
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	109.96	136.86	0,00	73.28	73.28

m. Mineralgehalt

5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28

n. Ergänzungsleistungen

5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	51.60	51.60	0,00	36.23	36.23
5481	Sequenzszintigraphie - mindestens sechs Bilder in schneller Folge -	46.77	46.77	0,00	32.81	32.81
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	46.77	46.77	0,00	32.81	32.81
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) - einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen -	89.41	89.41	0,00	62.79	62.79
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler - gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren -	67.41	67.41	0,00	47.33	47.33

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	97.75	121.65	0,00	65.15	65.15
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	488.76	608.23	0,00	325.84	325.84
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	610.93	760.28	0,00	407.27	407.27

2. Therapeutische Leistungen
(Anwendung offener Radionuklide)

5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	202.01	251.39	0,00	134.66	134.66
5602	Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	109.96	136.86	0,00	73.28	73.28
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	87.98	109.49	0,00	58.66	58.66
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	219.95	273.69	0,00	146.57	146.57
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	183.27	228.08	0,00	122.14	122.14
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts - einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen - *Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.*	73.31	91.23	0,00	48.85	48.85
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradio-aktivität - *Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.*	131.96	164.21	0,00	88.04	88.04

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.
Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 können dann ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Arzt die Genehmigung zur Durchführung kernspintomographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung besitzt.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	358.43	377.95	0,00	238.98	238.98
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	342.11	360.77	0,00	228.11	228.11
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	350.26	369.36	0,00	233.54	233.54
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	358.43	377.95	0,00	238.98	238.98
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	325.84	343.59	0,00	217.26	217.26
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	195.50	206.15	0,00	130.28	130.28
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von minde-stens zwei großen Gelenken einer Extremität *Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.*	325.84	343.59	0,00	217.26	217.26
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	81.45	85.90	0,00	54.29	54.29
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	68.79	68.79	0,00	54.29	54.29

5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	55.03	55.03	0,00	43.42	43.42
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 *Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.*	488.76	515.38	0,00	325.84	325.84

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsserie umfaßt grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfraktionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.

2. Eine Bestrahlungsfraktion 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 Bestrahlungsfraktionen.

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie *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)*	20.37	25.35	0,00	13.57	13.57
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion *Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.*	6.88	6.88	0,00	5.43	5.43
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	16.28	20.27	0,00	10.87	10.87

	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 *Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.*	15.47	19.26	0,00	10.27	10.27
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	73.31	91.23	0,00	48.85	48.85

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muß diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.
Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z. B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.
Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.

5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie *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).*	122.19	152.06	0,00	81.43	81.43
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	34.38	34.38	0,00	27.15	27.15
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	137.58	137.58	0,00	108.57	108.57
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen - , je Fraktion	58.66	72.99	0,00	39.06	39.06
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	9.77	12.15	0,00	6.49	6.49
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen - , je Fraktion	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	9.77	12.15	0,00	6.49	6.49

4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

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

5840	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie *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).*	122.19	152.06	0,00	81.43	81.43
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	137.58	137.58	0,00	108.57	108.57
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	24.44	30.41	0,00	16.28	16.28
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	171.07	212.87	0,00	114	114

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung - *Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.*	562.06	699.46	0,00	374.70	374.70
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	81.45	101.37	0,00	54.29	54.29
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	162.92	202.73	0,00	108.57	108.57
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion *Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie berechnungsfähig.*	202.84	252.41	0,00	135.24	135.24
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	562.06	699.46	0,00	374.70	374.70

P. Sektionsleistungen [1] [2]

Für die Abrechnung zwischen UV-Träger und Pathologen gilt die so genannte Vereinbarung UV/Pathologen" vom 01.07.2017

[1] Als Sachleistung des Krankenhauses siehe Nrn. 9900 ff.

[2] Obduktionsraumbenutzung siehe Nrn. 9903 ff.

Teil S. Krankenhaussachleistungen, Obduktionen

S I. Bäder, Massagen, Krankengymnastik und andere Heilbehandlungen

Beachte: 1. Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.
2. Die jeweilige Anzahl abrechnungsfähiger Zeitintervalle ergibt sich aus dem vertraglich vereinbarten ärztlichen Verordnungsblatt.

Gruppe 1: Krankengymnastik

9101	Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage	11.47 **)
9102	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind - Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist eine abgeschlossene spezielle Weiterbildung - Bobath, Vojta - von mindestens 300 Stunden	11.47 **)
9103	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen - Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist eine abgeschlossene spezielle Weiterbildung - Bobath, Vojta und PNF - von mindestens 120 Stunden	11.77 **)
9104	Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmern, je Teilnehmer	4.73 **)
9105	Krankengymnastik im Bewegungsbad	13.05 *) **)
9106	Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen, je Teilnehmer	6.55 *) **)
9107	Manuelle Therapie - Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist eine abgeschlossene spezielle Weiterbildung in manueller Therapie von mindestens 260 Stunden	13.69 **)

*) Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes
**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Gruppe 2: Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie)

9201	Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler)	7.43 **)
9202	Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten	6.27 **)
9203	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-PeloidGemischen	8.88 *) **)
9204	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick,Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten	11.91 *) **)
9205	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick,Pelose)	15.08 *) **)
9206	Kälteanwendung bei einem Körperabschnitt oder mehreren Körperabschnitten (Kompresse, Eisbeutel, Peloide, Eisteilbad)	12.15 **)
9207	Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kaltluft)	8.51

*) Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes
**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Gruppe 3: Elektrotherapie

9301	Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen	5.04 **)
9302	Elektrogymnastik einzelner oder mehrer Körperabschnitte bei Lähmungen	5.04 **)
9303	Behandlung eines oder mehrer Körperabschnitte mit Ultraschall	8.76 **)
9304	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente)	7.65 **)

*) Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes
**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Gruppe 4: Massage, man. Lymphdrainage, med. Bäder-

therapie und Chirogymnastik

9401		Klassische Massage einzelner oder mehrerer Körperabschnitte sowie auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürstenund Colonmassage)	15.40
9402		Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnittes, Teilbehandlung	9.51 **)
9403		Manuelle Lymphdrainage zweier oder mehrerer Körperabschnitte, Ganzbehandlung	10.09 **)
9403	a	Kompressionsbandagierung einschl. der Kosten für Polstermaterial und Trikofix	16.32
9405		Hand-, Fußbad mit Zusatz; Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes.	6.35 *)
9407		Kohlensäurebad	19.75 *)
9409		Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad)	19.66 *)
9410		Zwei- und Vierzellenbad	10.32
9412		Unterwasserdruckstrahlmassage	24.03 *)
9413		Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	14.54
9414		Extensionsbehandlung	6.80

*) Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes
**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Gruppe 5: Inhalationstherapie

9501	Einzelinhalation	7.43 **)
9502	Rauminhalation, je Teilnehmer	3.73 **)

*) Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes
**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Gruppe 6: Zusätzliche Leistungen

9601	zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe, d. h. außerhalb der miteinem (*) versehenen Leistungen (einschließlich Wäsche)	4.55
9602	ärztlich verordneter Hausbesuch, je Besuch	13.55
9603	Wegegebühr bei ärztlich verordnetem Hausbesuch je km	0.36

*) Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes
**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Ergotherapie

Beachte:

Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit **von 15 Minuten (einschließlich Vor- und Nachbereitungszeit).**

Die jeweilige Anzahl abrechnungsfähiger Zeitintervalle ergibt sich aus der zwischen den Spitzenverbänden der UV-Träger und den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vertraglich vereinbarten ärztlichen Verordnung. Der Arzt verordnet die Leistung unter Angabe der Nummer des mit diesen Verbänden vereinbarten Gebührenverzeichnisses.
Die zwischen den Spitzenverbänden der UV-Träger und den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarte Leistungsbeschreibung in der jeweils gültigen Fassung findet Anwendung.

9651		Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (3 Regelzeitintervalle)	14.15 *) **)
9651	G	Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Gruppe (3 Regelzeitinter	4.87
9652		Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (4 Regelzeitinter	14.15 *) **)
9652	G	Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Gruppe (4 Regel	4.87 *) **)
9653		Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung (3 Regel	14.15 *) **)
9653	G	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung Gruppe (	4.87 *) **)
9654		Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (5 Regelzeitintervalle)	14.15 *) **)
9654	G	Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen Gruppe (5 Regelzeitinter	4.87
9655		Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem U	15.20 *) **)
9656		Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld (außerhalb der ergotherapeutische	15.20 *) **)
9657		Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (keine Berechnung nach Zeitintervall)	31.64 *) **)
9658		Thermische Anwendung, Kälte/Wärme (keine Berechnung nach Zeitintervall)	7.34 *) **)
9659		Ergotherapeutische Schiene (über 150 € mit Kostenvoranschlag)	0,00 *) **)
9660		ausführlicher Bericht auf Anforderung des UV-Trägers	31.64 *) **)

9661		Ärztlich verordneter Hausbesuch bei einem Patienten, je Besuch	13.46 *) **)
9662		Wegegeld je Kilometer bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	0.36 *) **)

*) Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses

**) Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9651)

9670		Logopädische Untersuchung mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern	23.34 1)
9671	a	Dauer mindestens 30 Min.	24.38
9671	b	Dauer mindestens 45 Min.	35
9671	c	Dauer mindestens 60 Min.	46.36
9672		Logopädische Gruppenbehandlung (max. 3 Personen) mit Beratung der Patienten und ggf. der Eltern, Behandlungsdauer mindestens 45 Min. je Teilnehmer	15.35

1) Kann in einem Behandlungsfall nur einmal berechnet werden

S II. Arzneimittel, Sera, Blutersatzmittel, Blutkonserven, Blutspenden, Blutplasmen, therapeutische Hilfsmittel

Nummer	Leistung	Allg. Kosten
9700	Arzneirezepturen in Krankenanstalten ohne Anstaltsapotheke	Einkaufspreis zuzügl. 10 v. H.
9701	Arzneirezepturen in Krankenanstalten mit Anstaltsapotheke	Preise nach AM PreisV[1)]
9703	Arzneispezialitäten, Sera, Blutersatz-mitteln u. ä.	Apothekenverkaufspreise mit Umsatzsteuer der kleinsten Klinikpackung.
9704	Blutkonserven von fremden Blutbanken	Einkaufspreis zuzügl. 10 v.H.

[1)] Nachfolgeregelung der DAT.

Human-Blutkonserven eigener Herstellung mit Stabilisator(en)*)

9705	Vollblut-Konserve bis 99 ml	43.60
9706	Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	64.34
9707	Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	84.36
9708	Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	97.40
9709	Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	110.56
9710	Vollblut-Konserve 600 ml	123.64

Frischplasma (GFP) - gefroren

9715	GFP - 1 ml, je ml	0.21

Erythrozyten-Sediment-Konserven eigener Herstellung mit Stabilisator(en)*)

9720	aus Vollblut-Konserve bis 99 ml	36.34
9721	aus Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	53.10
9722	aus Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	66.14
9723	aus Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	77.10
9724	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	88.73
9725	aus Vollblut-Konserve 600 ml	99.63

*) Primärstabilisator ggfs. und/oder additive Lösung

Gewaschenes Human-Erythrozyten-Konzentrat eigener Herstellung mit Stabilisator

9730	aus Vollblut-Konserve bis 99 ml	66.14
9731	aus Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	84.36
9732	aus Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	96.69
9733	aus Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	108.41
9734	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	119.99
9735	aus Vollblut-Konserve 600 ml	130.90

Frischblut-Konserven eigener Herstellung*) mit Stabilisator

9740	Konserve bis 499 ml	111.26
9741	Konserve 500 bis 599 ml	122.82
9742	Konserve 600 ml	137.44

*) Frischblut-Konserven sind Konserven, die innerhalb von 72 Stunden nach der Blutentnahme verwendet werden.

Gefiltertes Human-Erythrozyten-Konzentrat (Leuko-thrombozytenarm)
Erythrozyten-Sediment-Konserven mittels Filtration

9745	aus Vollblut-Konserve bis 99 ml	65.42
9746	aus Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	94.55
9747	aus Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	120.70

9748	aus Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	139.68
9749	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	161.45

Human-Erythrozyten-Konzentrat (Leuko-thrombozytenarm) mittels mechanischem Trennverfahren hergestellt

9750	aus Vollblut 500 ml	104

Thrombozytenreiches Human-Plasma (Konserven) eigener Herstellung mit Stabilisator PRP + TK

9755	aus Vollblut-Konserve bis 499 ml	82.17
9756	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	92.32
9757	aus Vollblut-Konserve 600 ml	101.10

Human-Thrombozyten-Konzentrat gefiltert (leukozytenarm/TL)

9760	aus 500 ml Vollblut	116.38
9761	Human-Thrombozytenpharese-Konzentrat mittels einer Zellseparationszentrifuge gewonnen. Mindestgehalt Thrombozyten 3 x 1011	681.24

Zuschläge für Blutkonserven mit besonderen Merkmalbestimmungen

Werden Blutkonserven benötigt, die Blutgruppenmerkmale besonderer Systeme aufzuweisen haben oder werden vom Besteller Konserven mit Blutgruppenmerkmalen besonderer Systeme verlangt, so werden die dazu erforderlichen Laboruntersuchungen nach dem Abschnitt Laboratoriums-Diagnostik berechnet, wobei jede Untersuchungsart einmal berechnet wird. Für die Merkmalbestimmungen im HLA-System und die Lymphozyten-Mischkultur gelten die Tarif-Nummern 9765 bis 9769.

9765	HLA-Typisierung, alle Antigene	676.77
9766	HLA-Typisierung, Einzelantigene, je	151.74
9767	Kreuzprobe im HLA-System	213.84
9768	Antikörper-Suchtext im HLA-System	133.35
9769	Lymphozyten-Mischkultur MLC	1033.17
9770	Anti-CMV (bei Berücksichtigung des Merkmals Zuschlag für vorausgegangene routinemäßige Austestung)	31.70
9771	Blutdirektübertragung vom Spender zum Empfänger (ohne ärztliche Leistung), Blutspenderentschädigung nach landesüblicher Regelung, Fahrtkosten Fahrtkostenersatz, Verdienstausfallentschädigungund Kosten der Blutspendermahlzeit	0,00
9772	Transportkostenersatz bei Beschaffung und Transport von Spezialblutkonserven in Einzelfällen	0,00 *)
9773	Zusätzliche Präparate für Spezialblutkonserven	0,00
9774	Zusätzliche Materialien für Spezialblutkonserven	0,00

*) Beschaffung z. B. von tiefgefrorenen, nach Auftauen gewaschenen Erythrozyten-Sediment-Konserven von auswärtigen Blutspendediensten

Knochenmark und Knochenmark-Konserven eigener Herstellung mit Stabilisator

9780	bis 19 ml ml	75.63
9781	20 bis 29 ml	85.72
9782	30 bis 39 ml	96.69
9783	40 bis 49 ml	105.42
9784	50 bis 74 ml	127.25
9785	75 bis 99 ml	148.30
9786	100 u. mehr ml	170.13

In dem Preis der Nrn. 9780 bis 9786 sind die Spenderentschädigung und die Blutgruppen-untersuchung beim Spender enthalten. Nicht enthalten sind in dem Preis die Applikation beim Empfänger, die Blutgruppenuntersuchung beim Empfänger und die Kosten des Transports von Knochenmarkkonserven.

Sonstiges

9790		Knochennägel, Knochenschrauben, Stahlsehnendrähte, Gefäßprothesen, u. ä.	0,00
9791		Gummi-Elastikbinden	0,00
9792		Fotografische Aufnahme, schwarz/weiß oder bunt	0.25
9793		weggefallen	0,00
9794		Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen einschließlich Verpackung und zuzüglich Porto je Sendung. Die Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandten Aufnahmen einschließlich der Herstellung. Wenn statt der angefertigten herkömmlichen Röntgenfilmaufnahmen Röntgenfilmkopien übersandt werden, sind neben dem Pauschalbetrag nach 9794 die Kosten für die Röntgenfilmkopien nach 9795 a oder 9795 b berechenbar.	5.47
		Röntgenfilmkopie	
9795	a	Format bis 18 x 24	5.08
9795	b	größere Formate	7.31
9795	c	Ausdruck auf Spezialpapier von digital gefertigten Aufnahmen für Dritte, die die Grundleistung nicht bezahlt haben, einschließlich Verpackung und Versand	3.14
9796		Fotokopie	0.17
9797		Wochenbettpackungen	0,00

S III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

Nummer	Leistung	Allg. Kosten
9800	Pauschalgebühr bei Hämodialyse zum ärztlichen Honorar zusätzlich	333.93
9900 bis 9910		nicht besetzt

Der Ständige Ausschuss BG-NT hat am 06.12.2017 mit Wirkung ab 01.01.2018 folgendes beschlossen:

1. Die Gebührennummern 9900 bis einschließlich 9910 entfallen.

2. Anstelle der Gebührennummern gemäß Nr. 1 findet als Vergütungsgrundlage bei als Krankenhausleistungen im Auftrag des Unfallversicherungsträgers erbrachten

- Leichenöffnungen und damit in Zusammenhang stehender Leistungen,
- der Entnahme von Körperflüssigkeiten bei Leichen ohne Leichenöffnung
- sowie von Einbalsamierungen

die Vereinbarung zwischen der DGUV und SVLFG einerseits sowie dem Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. und dem Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner e.V. andererseits („Vereinbarung UV/Pathologen“) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.