Gebührenordnung für Ärzte

- UV-GOÄ -

Gesetzliche Unfallversicherung mit

Krankenhaus-Nebenkostentarif

Stand: 01.04.2015

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

			A.	Abrechnung der ärztlichen Leistungen	
1	bis	191	B.	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	
1	bis	19		I.	Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
20	bis	33		II.	Leistungen unter besonderen Bedingungen
45	bis	62		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	433	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
450	bis	498	D.	Anästhesieleistungen	
500	bis	569	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	569		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-, Ohren-Heilkunde	
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.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-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 15 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 5 und 11 bis 15 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach den Nummern 6 bis 10 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 15 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 10 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	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1	Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung.	6,21	7,73	0,00	1,30	1,30
2	Leistung nach Nummer 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde *Die Leistung nach Nummer 2 ist nicht berechnungsfä-hig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauern-den Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.*	7,18	8,93	0,00	1,30	1,30
3	Leistung nach Nummer 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	19,19	23,88	0,00	1,30	1,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4	Leistung nach Nummer 1, jedoch an Sonn- und Feiertagen	9,11	11,34	0,00	1,30	1,30
5	Leistung nach Nummer 1, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr	9,11	11,34	0,00	1,30	1,30
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 *Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.*	14,50	18,04	0,00	2,60	2,60
6 a	Leistung nach Nr. 6, zusätzlich neben den Leistungen nach Nrn. 50 bis 50e einmal berechnungsfähig *Die Notwendigkeit der Leistung nach Nr. 6 a ist auf der Rechnung zu begründen (z. B. ärztliche Versorgung von Schwerstverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen)*	8,29	10,31	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.*	15,46	19,24	0,00	2,60	2,60
8	Leistung nach Nummer 6, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	27,47	34,19	0,00	2,60	2,60
9	Leistung nach Nummer 6, jedoch an Sonn- und Feiertagen	17,39	21,65	0,00	2,60	2,60
10	Leistung nach Nummer 6, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr	17,39	21,65	0,00	2,60	2,60
11	Beratung – auch mittels Fernsprecher – als alleinige Leistung	2,48	3,09	0,00	1,30	1,30
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 andauern-den Sprechstunde vom Arzt beraten wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.*	3,45	4,29	0,00	1,30	1,30
13	Leistung nach Nummer 11, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	15,46	19,24	0,00	1,30	1,30
14	Leistung nach Nummer 11, jedoch an Sonn- und Feiertagen	5,38	6,70	0,00	1,30	1,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
15	Leistung nach Nummer 11, jedoch an Samstagen ab 12 Uhr	5,38	6,70	0,00	1,30	1,30
16	Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/oder Überwei-sungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernspre-cher – durch die Arzthelferin als alleinige Leistung	2,07	2,58	0,00	1,30	1,30
17	Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes i. S. von Nr. 3.2 des Handlungsleitfadens "Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfall-versicherung". Die Fort-schreibung des Reha-Planes ist durch die Gebühr abgegolten. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrags durch den zuständigen UV-Träger.	0,00	100,70	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*	20,71	25,77			
18	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	4,14	5,15	0,00	2,60	2,60
19	Einleitung und Koordination flankierender therapeuti-scher und sozialer Maßnahmen während der kontinuier-lichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken *Die Leistung nach Nummer 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.*	20,71	25,77	0,00	1,30	1,30

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankhei-ten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten) *Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistun-gen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.*	8,28	10,31	0,00	2,30	2,30
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 hal-ben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 15 oder 22 nicht berechnungsfähig.*	24,85	30,92	0,00	1,30	1,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwanger-schaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, ggf. auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch	20,71	25,77	0,00	2,00	2,00
33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Min-destdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdia-betes oder Zu-stand nach Pankreatektomie) - einschließ-lich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetolo-gischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließ-lich der Auswertung eines standardisierten Frage-bogens - ggf. auch für gleichwertig strukturierte Schulungsprogramme *Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 15, 19, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.*	20,71	25,77	0,00	3,60	3,60
III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz						
45	Visite im Krankenhaus *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 kön-nen 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 15, 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 berechnungs-fähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Kranken-hauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird. Die Leistung nach Nummer 45 ist auch berechnungsfähig, wenn diese vom Belegarzt erbracht wird.*	4,83	6,01	0,00	1,50	1,50
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 kön-nen diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.* *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.*	3,45	4,29	0,00	1,30	1,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.					
47	Kostenersatz zur Visite, je Tag, bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschafts-dienstes	4,66	4,66	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 15, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.*	8,28	10,31	0,00	0,00	0,00
50	Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung	22,09	27,49	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)	27,61	34,36	0,00	0,00	0,00
50 b	Leistung nach Nummer 50, jedoch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt	35,89	44,67	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)	35,89	44,67	0,00	0,00	0,00
50 d	Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr)	47,63	59,27	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 15, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.*	30,37	37,79	0,00	0,00	0,00
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häus-lichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammen-hang 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 5, 11 bis 15, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.*	17,26	21,47	0,00	0,00	0,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutent-nahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, *Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.*	5,83	5,83	0,00	0,00	0,00
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behand-lung - ggf. 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.*	34,51	42,95	0,00	10,40	10,40
56	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde - am Tag	6,21	7,73	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.*	12,42	15,46	0,00	0,00	0,00
60 a	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt - am Tag	8,28	10,31	0,00	1,30	1,30
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 liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.* *Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfä-hig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausab-teilung 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 berech-nungsfähig für routinemäßige Besprechun-gen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abtei-lungskonferenz, Team- oder Mittarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).*	16,57	20,62	0,00	1,30	1,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
61 a	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. -am Tag	8,97	11,17	0,00	0,70	0,70
61 b	- bei Nacht (zwischen 20 und 22 Uhr und zwischen 6 und 8 Uhr)	17,33	21,56	0,00	0,70	0,70
61 c	- bei Nacht (zwischen 22 und 6 Uhr) *Die Leistungen nach Nummer 61a-c sind neben ande-ren Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nummern 61a-c gelten nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie dürfen nicht berech-net werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.*	34,03	42,35	0,00	0,70	0,70

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	bis zu zwei Kilometern	3,58
72	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	7,16
73	bis zu fünf Kilometern	6,65
74	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	10,23
81	bis zu zehn Kilometern	10,23
82	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	15,34
83	bis zu 25 Kilometern	15,34
84	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	25,56

Reiseentschädigung

86	bei Benutzung des eigenen Kraftwagens je zurückgelegter Kilometer	0,26

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Besond. Heilbeh.	Besond Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
87	bei Benutzung anderer Verkehrsmittel	tatsächliche Aufwendungen				
88	bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden, je Tag	51,13				
89	bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden, je Tag	102,26				
91	für notwendige Übernachtungen	Ersatz von Kosten				

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 - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines -	17,26	21,47	0,00	0,00	0,00
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	10,35	12,88	0,00	4,70	4,70
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	17,26	21,47	0,00	2,10	2,10
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	15,88	19,76	0,00	1,90	1,90
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	15,19	18,90	0,00	1,80	1,80

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 € 12,37(Abrechnung als Nr. 193), zuzüglich Porto, vergütet. Sie müssen vom absendenden Arzt durchgesehen und ihre Richtigkeit muss von diesem bescheinigt werden.

110	Vordruck F 1100 Auskunft Behandlung	8,04
111	Vordruck F 1102 Auskunft Kopfverletzung	14,85
112	Vordruck F 1108 Auskunft Verbrennungen	8,04
113	Vordruck F 1104 Auskunft Komplikationen Gliedmaßenverletzung	8,77
114	nicht besetzt	
115	Vordruck F 2100 Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung	10,00
117	Vordruck F 1110 Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang	16,14
118	nicht besetzt	
119	Vordruck F 1114 Ausführliche Auskunft	20,68
120	Vordruck F 1116 Ausführliche Auskunft, Augen	20,68
121	Vordruck F 2134 Ausführlicher Bericht, Knie	28,47
122	Vordruck F 2132 Ausführlicher Bericht, Kopfverletzung	17,66
123	Vordruck F 1120 Bericht neurologischer Befund	28,47

Berichtsvordrucke		Berichtsgebühr in Euro
124	nicht besetzt	
125	Vordruck F1050 Ärztliche Unfallmeldung	7,50
126	Vordruck F 1030 Augenarztbericht	12,39
127	Vordruck F 1040 Hals-Nasen-Ohrenarztbericht	12,39
128	Vollständige Dokumentation des Erlanger Atopie-Score nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger	16,14
129	Vordruck F 6150 Bericht Haut BK 5101	20,68
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.*	50,00
131	Vordruck F 6052 Hautarztbericht - Behandlungsverlauf *Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.*	27,00
132	Arztvordruck F 1000 Durchgangsarztbericht	15,09
134	Vordruck F 2106 Nachschaubericht	7,79
135	Vordruck F 1020 H-Arzt-Bericht	11,35
135 a	Vordruck F 2108 Verlaufsbericht H-Arzt	7,79
136	Vordruck F 1002 Ergänzungsbericht Kopfverletzung	17,18
137	Vordruck F 1004 Ergänzungsbericht Knie	17,18
138	Vordruck F 1006 Ergänzungsbericht Stromunfall	11,35
139	Vordruck F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen	8,77
140	Vordruck F 1010 Handchirurgischer Erstbericht	15,09

Berichtsvordrucke		Berichtsgebühr in Euro
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.*	15,22
142	Vordruck F 6120 Bericht Wirbelsäule BK 2108, 2109, 2110	16,14
143	Vordruck Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	2,74
144	Vordruck Bescheinigung über Transportunfähigkeit (§ 38 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3,81
145	Vordruck F 2900 Überweisungsvordruck ÜV (§§ 26, 39 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3,49
Formulargutachten		
146	Vordruck A 4200 Erstes Rentengutachten	120,00
147	Vordruck A 4202 Erstes Rentengutachten Augen	120,00
148	Vordruck A 4500 Zweites Rentengutachten (Rente auf unbestimmte Zeit)	100,00
149	Vordruck A 4502 Zweites Rentengutachten Augen (Rente auf unbestimmte Zeit)	100,00
150	Vordruck A 4510 Rentengutachten (Nachprüfung MdE)	100,00
151	Vordruck A 4512 Zweites Rentengutachten Augen (Nachprüfung MdE)	100,00
152	Vordruck A 4520 Rentengutachten (Rente nach Gesamtvergütung)	100,00
153	Vordruck A 4550 Gutachten bei Abfindung	40,28
154	Vordruck A 5512 Gutachten erhöhte Witwen-/Witwerrente)	40,28

155 Vordruck A 8200-2301 230,32
Gutachten BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit)
Mit der Gebühr sind alle erforderlichen Untersuchungsleistungen (einschl. TEOAE und DPOAE) und Sachkosten – ausgenom-men Röntgenleistungen - abgegolten. Werden dem Unfallver-sicherungsträger Sachkosten von einem Dritten in Rechnung gestellt, so sind diese vom Gutachtenhonorar abzuziehen. Soweit erforderlich, sind mit Begründung (siehe nachfolgende „Hinweise“) gesondert berechnungsfähig:

Geb.-Nr. 1403 Tinnitusbestimmung
Geb.-Nr. 1403 Verdeckungskurven (n. Feldmann)
Geb.-Nr. 1403 Hörfeldskalierung/Hyperakusis
Geb.-Nr. 1403 überschwellige Hörtestverfahren
Geb.-Nr. 1403 Békésy-Audiometrie
Geb.-Nr. 1407 Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral
Geb.-Nr. 1408 BERA

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 Stapediusreflexe verstanden. Die Stapediusreflexschwellenbestimmung ist dagegen ein Verfahren, das ähnlich wie die überschwelligen Hörprüfungen dem Nachweis eines Recruitment dient. (Recruitmentäquivalent-Metz, 1952)

Die Stapediuseflexschwellenbestimmung ipsi und contralateral ist nur notwendig, wenn Audiometriebefunde 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 innenohrbedingte 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.“

Berichtsvordrucke		Berichtsgebühr in Euro

Freie Gutachten

160	Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebne Begutactungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.	280,00
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. *Zu den Höchstsätzen nach Nrn. 160,161 gilt § 59 des Vertrages Ärzte/UV-Träger*	490,00
165	Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen 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. *Darunter ist zu verstehen: Aufgrund der Vorgeschichte, der Angaben und des Befundes erstelltes und durch wissenschaftliche Äußerungen gestütztes und zugleich die wissenschaftlichen Erwägungen (notwendige Beiziehung und Auswertung wissenschaftlicher Literatur) erläuterndes ausführliches Gutachten. Zum Höchstbetrag gilt § 59 des Vertrages Ärzte/UV-Träger.*	700,00
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	0,17
192	Elektronische Übermittlung eines Arztberichtes an den UV-Träger	0,35
193	Übersendung von Krankengeschichten gem. B. VI Allgemeine Bestimmungen Nr. 4 (zzgl. Porto)	12,37

Berichtsvordrucke		Berichtsgebühr in Euro
194	Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - (zzgl. Porto) - vgl. Anmerkung zu Nr. 1403	2,66
195	Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschl. Verpackung) pauschal je Sendung (zzgl. Porto) - vgl. O. Allgemeine Bestimmungen Nr. 8 *Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung*	5,47
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	8,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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 Leistungen in diesem Sinne gelten auch die Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005.

200	Verband – ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	3,24	4,04	1,19 (1,28)*	2,50	3,69
201 A	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband -	4,35	5,41	11,87	2,60	14,47
201 B	bei Verwendung von Tape Verbänden	4,35	5,41	21,87	2,60	24,47
202	Schanz'scher Halskrawattenverband	6,56	8,16	6,20	2,90	9,10
203 A	Kompressionsverband (auch Schaumstoff-kompressionsverband)	6,56	8,16	1,76 (3,88)*[2]	2,90	4,66
203 B	Zinkleimverband	6,56	8,16	15,77	2,90	18,67
204	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes	6,56	8,16	7,46	2,90	10,36
205	Rucksack- oder Désault-Verband	6,56	8,16	7,88 [3]	2,90	10,78
208	Tape-Verband an Fingern oder Zehen	5,52	6,87	0,48 (3,45)*	3,70	4,18
209	Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen	10,35	12,88	8,00 (14,94)*	6,90	14,90
210	Kleiner Schienenverband – auch als erster Notverband bei Frakturen -	5,52	6,87	5,43	2,60	8,03
211	Kleiner Schienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	4,49	5,58	1,52 (1,65)*	1,60	3,12
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als erster Notverband bei Frakturen -	10,91	13,57	10,11	5,80	15,91
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	9,66	12,03	5,23 (5,56)*	4,90	10,13

[1] Gilt nicht für die Berechnung von "Besonderen Leistungen"

[2] Bei Verwendung von Gummielastik-Binden können anstelle der Pauschgebühren die Selbstkosten berechnet werden.

[3] Bei Verwendung von Fertigverbänden für Schlüsselbeinfrakturen sind die Selbstkosten zu berechnen.

[*] Beträge in Klammern gelten für niedergelassene Ärzte

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
214	Abduktionsschienenverband	16,43	20,44	30,27	6,90	37,17
217	Streckverband	15,67	19,50	5,04	2,90	7,94
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	45,69	56,86	10,93	11,30	22,23
226 A	Gipshülse	6,56	8,16	7,46	2,90	10,36
226 B	bei Verwendung von Kunststoff	6,56	8,16	20,92	2,90	23,82
228 A	Gipsschienenverband Unterarm	13,05	16,23	2,98 (5,33)*	4,90	7,88
228 B	bei Verwendung von Kunststoff	13,05	16,23	12,44 (16,52)*	4,90	17,34
228 C	Gipsschienenverband Unterschenkel oder Gipspantoffel	13,05	16,23	9,15 (14,56)*	4,90	14,05
228 D	bei Verwendung von Kunststoff	13,05	16,23	30,40	4,90	35,30
229	Gipsschienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	9,66	12,03	3,01	2,40	5,41
230 A	Zirkulärer Finger- oder Zehengipsverband einschließlich Hand- oder Fußgelenk	20,91	26,03	7,67	4,90	12,57
230 B	bei Verwendung von Kunststoff	20,91	26,03	20,60	4,90	25,50
230 C	Zirkularer Unterarmgips einschließlich Hand	20,91	26,03	8,30	4,90	13,20
230 D	bei Verwendung von Kunststoff	20,91	26,03	16,64	4,90	21,54
230 E	Zirkulärer Gipsverband Unterschenkel ein-schließlich Fuß	20,91	26,03	15,35	4,90	20,25
230 F	bei Verwendung von Kunststoff	20,91	26,03	94,18	4,90	99,08
230 G	Zirkulärer Gipstutor	20,91	26,03	21,97	4,90	26,87
230 H	bei Verwendung von Kunststoff	20,91	26,03	62,86	4,90	67,76
231 A	Zirkulärer Gehgipsverband Unterschenkel mit Fuß	24,85	30,92	27,22	5,30	32,52
231 B	bei Verwendung von Kunststoff	24,85	30,92	122,14	5,30	127,44
231 C	Zirkulärer Gehgipsverband für das ganze Bein	24,85	30,92	36,37	5,30	41,67
231 D	bei Verwendung von Kunststoff	24,85	30,92	162,61	5,30	167,91
235 A	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel -	52,25	65,02	29,01	6,90	35,91

* Beträge in Klammer gelten für niedergelassene Ärzte

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
235 B	bei Verwendung von Kunststoff	52,25	65,02	111,73	6,90	118,63
236 A	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	65,30	81,26	39,94	22,50	62,44
236 B	bei Verwendung von Kunststoff	65,30	81,26	133,38	22,50	155,88
237 A	Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm [1]	26,16	32,55	5,23 (8,71)*	5,30	10,53
237 B	bei Verwendung von Kunststoff [1]	26,16	32,55	20,98 (29,10)*	5,30	26,28
237 C	Zirkulärer Gipsverband für das ganze Bein [1]	26,16	32,55	24,59	5,30	29,89
237 D	bei Verwendung von Kunststoff [1]	26,16	32,55	135,17	5,30	140,47
237 E	Großer Gipsschienenverband	26,16	32,55	11,46	5,30	16,76
237 F	bei Verwendung von Kunststoff (Arm)	26,16	32,55	26,39	5,30	31,69
237 G	bei Verwendung von Kunststoff (Bein)	26,16	32,55	41,09	5,30	46,39
238	Gipsschienenverband über wenigstens zwei große Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	20,71	25,77	5,47	5,30	10,77
239 A	Zirkulärer Gipsverband Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	52,25	65,02	63,39	6,90	70,29
239 B	bei Verwendung von Kunststoff [1]	52,25	65,02	172,91	6,90	179,81
240 A	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	52,25	65,02	95,75	22,50	118,25
240 B	bei Verwendung von Kunststoff	65,30	81,26	295,26	22,50	317,76
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	7,87	9,79	3,99 [2]	1,30	5,29
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbandes	10,49	13,06	0,00	1,90	1,90
247 A	Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	7,87	9,79	1,89	2,90	4,79
247 B	Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	7,87	9,79	11,77	2,90	14,67
247 C	bei Verwendung von Kunststoff	7,87	9,79	22,84 (25,40)*	2,90	25,74

[1] Bei diesen Verbänden handelt es sich um zirkuläre Gips- bzw. Kunststoffverbände, deren Abnahme nach Nr. 246 berechnet werden kann.
[2] Bei Verwendung von Fertigverbänden sind die Selbstkosten zu berechnen.
* Beträge in Klammern gelten für niedergelassene Ärzte.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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

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.

250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	2,76	3,44	0,00	1,70	1,70
250 a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	2,76	3,44	0,00	1,70	1,70
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	4,14	5,15	0,00	2,60	2,60
251 a	Blutentnahme zum Zwecke der Alkoholbestimmung *Befundbericht, Kosten der Koller-Venüle und Versandkosten sind mit der Gebühr abgegolten.*	40,44	40,44	0,00	2,60	2,60
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	2,76	3,44	0,00	1,60	1,60
253	Injektion, intravenös	4,83	6,01	0,00	1,70	1,70
254	Injektion, intraarteriell	5,52	6,87	0,00	2,00	2,00
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	6,56	8,16	0,00	3,00	3,00
256	Injektion in den Periduralraum	12,77	15,89	0,00	5,30	5,30
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	27,61	34,36	0,00	5,20	2,50
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	12,42	15,46	0,00	5,10	5,10
259	Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	41,41	51,54	0,00	12,60	12,60
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation - *Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.*	13,80	17,18	0,00	4,20	4,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter *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.*	2,07	2,58	0,00	1,00	1,00
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	31,06	38,65	0,00	13,00	13,00
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	6,21	7,73	0,00	3,20	3,20
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	8,28	10,31	0,00	3,20	3,20
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	4,14	5,15	0,00	2,50	2,50
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	6,21	7,73	0,00	2,80	2,80
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	4,14	5,15	0,00	2,40	2,40
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	5,52	6,87	0,00	2,80	2,80
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	8,97	11,17	0,00	4,90	4,90
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	13,80	17,18	0,00	4,90	4,90
269 a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.*	24,16	30,06	0,00	4,90	4,90
270	Infusion, subkutan	5,52	6,87	0,00	3,00	3,00
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	8,28	10,31	0,00	3,00	3,00
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	12,42	15,46	0,00	3,80	3,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
273	Infusion, intravenös - ggf. mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr *Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anäs-thetika,Anästhesie-adjuvantien und Anästhesie-antidoten.* *Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.*	12,42	15,46	0,00	3,80	3,80
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - ggf. einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung - *Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.*	22,09	27,49	0,00	9,70	9,70
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	24,85	30,92	0,00	10,90	10,90
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	37,27	46,38	0,00	16,00	16,00
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	12,42	15,46	0,00	4,90	4,90
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	16,57	20,62	0,00	5,10	5,10
279	Infusion in das Knochenmark	12,42	15,46	0,00	3,40	3,40
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließ-lich 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 280 berechnungs-fähig.*	22,78	28,35	0,00	9,10	9,10
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neu-geborenen - einschließlich Nabelvenenkathete-rismus, 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 Nr. 281 berechnungsfähig.*	31,06	38,65	0,00	17,60	17,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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.*	10,35	12,88	0,00	5,90	5,90
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters -	34,51	42,95	0,00	14,80	14,80
284	Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme -	6,21	7,73	0,00	2,80	2,80
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - ggf. einschließlich Verband -	7,59	9,45	0,00	2,90	2,90
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	15,19	18,90	0,00	6,10	6,10
286 a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	6,90	8,59	0,00	2,80	2,80
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	55,22	68,72	0,00	18,00	18,00
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - ggf. einschließlich Konservierung -	15,88	19,76	0,00	6,10	6,10
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 °C oder darunter -	24,16	30,06	0,00	9,30	9,30
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	8,28	10,31	0,00	4,00	4,00
291	Implantation von Hormonpreßlingen	4,83	6,01	0,00	2,70	2,70
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - ggf. einschließlich Fixierung - *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	3,11	3,87	0,00	2,10	2,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
298	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - ggf. einschließlich Fixierung - *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	2,76	3,44	0,00	1,80	1,80

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	8,28	10,31	0,00	4,30	4,30
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	11,04	13,74	0,00	4,60	4,60
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	17,26	21,47	0,00	5,70	5,70
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	5,52	6,87	0,00	2,00	2,00
304	Punktion der Augenhöhle	11,04	13,74	0,00	4,60	4,60
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	24,16	30,06	0,00	9,00	9,00
305 a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	17,26	21,47	0,00	7,90	7,90
306	Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge - oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	34,51	42,95	0,00	7,40	7,40
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	17,26	21,47	0,00	4,80	4,80
308	Gewebeentnahme aus der Pleura - ggf. einschließlich Punktion -	24,16	30,06	0,00	5,40	5,40
310	Punktion des Herzbeutels	24,16	30,06	0,00	9,00	9,00
311	Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	13,80	17,18	0,00	5,40	5,40
312	Knochenstanze - ggf. einschließlich Entnahme von Knochenmark -	20,71	25,77	0,00	5,50	5,50
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	8,28	10,31	0,00	4,60	4,60
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	17,26	21,47	0,00	5,10	5,10
316	Punktion des Douglasraums	17,26	21,47	0,00	5,70	5,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
317	Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	24,16	30,06	0,00	7,60	7,60
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	8,28	10,31	0,00	4,80	4,80
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	13,80	17,18	0,00	5,50	5,50
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - ggf. einschließlich anschließender Injektion oder Instillation -	3,45	4,29	0,00	2,20	2,20

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

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

340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	27,61	34,36	0,00	7,40	7,40
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	6,90	8,59	0,00	2,70	2,70
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	8,97	11,17	0,00	2,70	2,70
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	20,71	25,77	0,00	8,50	8,50
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	10,35	12,88	0,00	5,80	5,80
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	10,35	12,88	0,00	4,20	4,20
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader *Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.*	34,51	42,95	0,00	6,40	6,40
353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller 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.*	34,51	42,95	0,00	6,40	6,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.*	41,41	51,54	0,00	26,70	26,70
355 a	Leistung nach Nummer 355, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360.	34,97	34,97	0,00	26,70	26,70
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 *Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.*	27,61	34,36	0,00	17,80	17,80
356 a	Leistung nach Nummer 356, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360.	23,31	23,31	0,00	17,80	17,80
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/ oder Bauchaorta - einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	34,51	42,95	0,00	14,40	14,40
357 a	Leistung nach Nummer 357, jedoch im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351.	29,14	29,14	0,00	14,40	14,40
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplazierung 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.*	69,02	85,90	0,00	28,80	28,80
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters 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.*	41,41	51,54	0,00	17,30	17,30
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	27,61	34,36	0,00	11,60	11,60
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	27,61	34,36	0,00	11,60	11,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - ggf. intraoperativ -	13,80	17,18	0,00	5,80	5,80
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischen-wirbelraum	19,33	24,05	0,00	8,10	8,10
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	17,26	21,47	0,00	7,20	7,20
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	10,35	12,88	0,00	4,40	4,40

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 1,85€ 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 ein Betrag in Höhe von 5,20 DM (€ 2,66), zuzüglich Porto, erstattet.

375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - ggf. einschließlich Eintragung in den Impfpaß -	3,45	4,29	0,00	1,70	1,70
376	Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch -	5,52	6,87	0,00	1,70	1,70
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	3,45	4,29	0,00	1,70	1,70
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	8,28	10,31	0,00	3,80	3,80
379	Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger *Für die Vorbereitung der Testsubstanz werden zusätzlich 5,60 € (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) bzw. 11,20 € (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet.*	2,07	2,58	0,00	0,00	0,00
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	2,07	2,58	0,00	1,40	1,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	1,38	1,72	0,00	0,90	0,90
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) *Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.*	1,04	1,29	0,00	0,70	0,70
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	2,07	2,58	0,00	0,80	0,80
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	2,76	3,44	0,00	0,90	0,90
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	3,11	3,87	0,00	1,40	1,40
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	2,07	2,58	0,00	0,90	0,90
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) *Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.*	1,38	1,72	0,00	0,60	0,60
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	2,42	3,01	0,00	1,30	1,30
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	1,73	2,15	0,00	1,00	1,00
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	4,14	5,15	0,00	1,40	1,40
391	Intrakutantest, jeder weitere Test *Mehr als 80 Intrakuntantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.*	2,76	3,44	0,00	0,90	0,90
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppen-extrakt, je Test	6,90	8,59	0,00	3,70	3,70
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	20,71	25,77	0,00	13,60	13,60
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	19,33	24,05	0,00	10,50	10,50
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	38,65	48,10	0,00	20,90	20,90
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	26,23	32,64	0,00	9,10	9,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	52,46	65,28	0,00	18,00	18,00
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	13,80	17,18	0,00	7,50	7,50

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 - ggf. 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 berechnungsfähig.*	23,31	23,31	0,00	18,40	18,40
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung *Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.*	17,26	21,47	0,00	11,50	11,50
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung *Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.*	10,35	12,88	0,00	6,90	6,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - einschließlich graphischer oder Bilddokumentation - *Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.*	14,57	14,57	0,00	11,50	11,50
405	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler -	11,66	11,66	0,00	9,20	9,20
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	11,66	11,66	0,00	9,20	9,20
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs *Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.*	13,80	17,18	0,00	6,50	6,50
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebens-jahr	19,33	24,05	0,00	9,10	9,10
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebens-jahr	19,33	24,05	0,00	9,10	9,10
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	14,50	18,04	0,00	6,90	6,90
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - ggf. einschließlich der regionalen Lymphknoten -	14,50	18,04	0,00	6,90	6,90
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ *Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.*	5,52	6,87	0,00	2,60	2,60
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - ggf. einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -	13,80	17,18	0,00	8,30	8,30
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -	34,51	42,95	0,00	20,70	20,70
424	Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)	48,32	60,13	0,00	28,90	28,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Besond. Heilbeh.	Besond. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen						
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	10,35	12,88	0,00	2,40	2,40
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag *Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.*	15,19	18,90	0,00	3,50	3,50
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, ggf. einschließlich Intubation -	27,61	34,36	2,21	3,20	5,41
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder - Stimulation des Herzens *Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.*	27,61	34,36	0,00	15,30	15,30
431	Elektrokardioskopie im Notfall	6,90	8,59	0,00	4,60	4,60
433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	9,66	12,03	0,00	6,40	6,40

Nummer	Leistung	Gebühr

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vom 1. Januar 2011

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 zugrunde 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, dem H-Arzt, 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 § 25 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 oder H-Arzt sowie Unterstützungs- und Berichtspflichten, bleiben unberührt.

1.4. Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens
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. 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 Fällen der Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses 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).

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 Zusatzbezeichnung "Spezielle Unfallchirurgie" verfügen, bzw. Augen- und HNO-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. sowie Hautärzte bei Verletzungen bzw. Erkrankungen auf dem jeweiligen

Nummer	Leistung	Gebühr
-	Fachgebiet und Ärzte für Anästhesie, wenn sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind und/oder die Erklärungen nach § 3 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungs-maßnahmen 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. Zusatzbezeichnung "Spezielle Unfallchirurgie" und H-Ärzte 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. Durchgangs- und H-Ärzte 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). 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. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Die Leistungen sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

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 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummern 56 und 57 nicht berechnet werden.

6. Die Zuschläge/Leistungen nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn

Nummer	Leistung	Gebühr
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 allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens* *Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.*	79,92
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. *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.*	27,60
442 a	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403* *Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.* *Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.*	15,00
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. *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.*	51,77

Nummer	Leistung	Gebühr
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. *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.*	89,73
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. *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.*	151,85
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 453, 469, 476, 478, 480, 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, 471, 472, 473, 474, 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 über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/ oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	41,41

Nummer	Leistung	Gebühr
	Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie der Leistung nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.	
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/ oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen *Die Leistung nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 449 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 10, 56 und 57 sowie der Leistung nach Nummer 448 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" und H-Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden, wenn sie die übrigen Voraussetzungen für das ambulante Operieren erfüllen.*
Diese Leistungen sind nachfolgend nochmals zusammengestellt:

Nr.	***Leistung***
2010	*Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen*
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*
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*
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)*
2404	*Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)*
2405	*Entfernung eines Schleimbeutels*
2430	*Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses*
2800	*Venaesectio*

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

450	Rauschnarkose - auch mit Lachgas -	5,25	6,53	1,48	2,60	4,08
451	Intravenöse Kurznarkose	8,35	10,39	4,94	2,90	7,84
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	13,11	16,32	4,94	3,80	8,74
453	Vollnarkose *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	14,50	18,04	15,35	4,90	20,25
460	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflations-narkose -, bis zu einer Stunde *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	27,89	34,70	15,35	6,90	22,25
461	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insuffla-tionsnarkose -, jede weitere angefangene halbe Stunde	13,94	17,35	5,57	4,90	10,47
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	35,20	43,81	10,19	9,20	19,39
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	24,02	29,89	5,57	4,90	10,47
469	Kaudalanästhesie *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	17,26	21,47	6,83	2,60	9,43
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarach-noidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	27,61	34,36	2,73	3,80	6,53
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarach-noidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	41,41	51,54	5,47	5,80	11,27
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarach-noidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	55,22	68,72	5,47	7,70	13,17

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
473	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	41,41	51,54	9,98	5,80	15,78
474	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447*	62,12	77,31	16,61	8,70	25,31
475	Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag	31,06	38,65	20,07	8,70	28,77
476	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	26,23	32,64	6,83	3,80	10,63
477	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	13,11	16,32	2,00	3,80	5,80
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	15,88	19,76	6,83	1,90	8,73
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	7,94	9,88	2,21	1,90	4,11
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	15,32	19,07	0,00	3,60	3,60
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	32,79	40,80	0,00	6,90	6,90
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte - ggf. einschließlich des Rachens -, auch beidseitig	3,18	3,95	0,00	2,20	2,20
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	3,18	3,95	0,00	2,20	2,20
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	3,18	3,95	0,00	2,20	2,20
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	3,18	3,95	0,00	2,20	2,20
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - ggf. einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens -	10,01	12,46	0,00	4,00	4,00
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	4,21	5,24	1,48	2,00	3,48
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie -	8,35	10,39	2,33 (2,59)*	3,80	6,03

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
493	Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst -	4,21	5,24	1,15 (1,73)*	1,90	3,05
494	Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusanästhesie -	8,35	10,39	2,94	3,80	6,74
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	8,35	10,39	2,94	3,80	6,74
496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	26,23	32,64	6,62	3,80	10,42
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	15,19	18,90	0,00	3,10	3,10
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446*	20,71	25,77	0,00	2,60	2,60

* Beträge in Klammern gelten für niedergelassene Ärzte

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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 -	2,62	3,26	0,00	0,00	0,00
501	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruck-beatmung (z. B. Bird-Respirator) *Neben der Leistung nach Nummer 501 sind die Leistun-gen nach den Nummern 500 und 505 nicht berechnungs-fähig.*	5,94	7,39	0,00	0,00	0,00

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

505	Atmungsbehandlung - einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen -	5,87	7,30	0,00	0,00	0,00
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbe-handlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	8,28	10,31	0,00	0,00	0,00
507	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbe-handlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	5,52	6,87	0,00	0,00	0,00
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzel-behandlung im Bewegungsbad	7,59	9,45	0,00	0,00	0,00
509	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	2,62	3,26	0,00	0,00	0,00
510	Übungsbehandlung auch mit Anwendung mediko-mechanischer Apparate, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.*	4,83	6,01	0,00	0,00	0,00
514	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	7,25	9,02	0,00	0,00	0,00
515	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	2,62	3,26	0,00	0,00	0,00
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	4,49	5,58	0,00	0,00	0,00
518	Prothesengebrauchsschulung des Patienten - ggf. ein-schließlich seiner Betreuungsperson -, auch Fremdkraft-prothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten,je Sitzung	8,28	10,31	0,00	0,00	0,00

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
III. Massagen						
520	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	3,11	3,87	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	4,49	5,58	0,00	0,00	0,00
523	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebs-massage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	4,49	5,58	0,00	0,00	0,00
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	2,42	3,01	0,00	0,00	0,00
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	3,80	4,72	0,00	0,00	0,00
527	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindes-tens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	6,49	8,07	0,00	0,00	0,00
528	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (Behandlungszeit 20 Minuten)	9,19	11,44	0,00	0,00	0,00
529	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnit (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten (Behandlungs-zeit 20 Minuten)	12,33	15,34	0,00	0,00	0,00
IV. Hydrotherapie und Packungen						
530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	2,42	3,01	0,00	0,00	0,00
531	Leitung eines ansteigenden Teilbades	3,18	3,95	0,00	0,00	0,00
532	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	5,25	6,53	0,00	0,00	0,00
533	Subaquales Darmbad	10,35	12,88	0,00	0,00	0,00
V. Wärembehandlung						
535	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z.B. Kopf oder Arm)	2,28	2,83	0,00	0,00	0,00
536	Heißluftbehandung mehrerer Körperteile (z.B. Rumpf oder Beine)	3,52	4,38	0,00	0,00	0,00
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	2,76	3,44	0,00	0,00	0,00
539	Ultraschallbehandlung	3,04	3,78	0,00	0,00	0,00

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
VI. Elektrotherapie						
548	Kurzwellen-, Mirkowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	2,55	3,18	0,00	0,00	0,00
549	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	3,80	4,72	0,00	0,00	0,00
551	Reizstrombehanldung (Anwendung niederfrequenter Strö-me) - auch bei wechselnder Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und ggf. unter Anwendung von Saugelektroden - *Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzei-tig neben einer Leistung nach Numemr 535, 536, 538, 539, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höher-bewertete Leistung berechnugsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.*	3,31	4,12	0,00	0,00	0,00
552	Iontophorese	3,04	3,78	0,00	0,00	0,00
552 A	Leitungswasser-Ionophorese	6,08	7,56	0,00	0,00	0,00
553	Vierzellenbad	3,18	3,95	0,00	0,00	0,00
554	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	6,28	7,82	0,00	0,00	0,00
555	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	8,28	10,31	0,00	0,00	0,00
558	Apparative isokenetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	8,28	10,31	0,00	0,00	0,00
VII. Lichttherapie						
560	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung *Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.*	2,14	2,66	0,00	0,00	0,00
561	Reizbehandlung eines umschriebenen Haubezirkes mit Ultravioloettlicht	2,14	2,66	0,00	0,00	0,00
562	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung *Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	3,18	3,95	0,00	0,00	0,00
563	Quarlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	3,18	3,95	0,00	0,00	0,00
564	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	6,28	7,82	0,00	0,00	0,00

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
565	Photochemotherapie, je Sitzung *Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. Creme-PUVA) kann zusätzlich die Nr. 567 abgerechnet werden.*	8,28	10,31	0,00	0,00	0,00
566	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	34,51	42,95	0,00	0,00	0,00
567	Phototherapie mit selektivem UV-Apektrum, je Sitzung	6,28	7,82	0,00	0,00	0,00
569	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest) bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	2,07	2,58	0,00	0,00	0,00

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	5,04	6,27	0,00	1,30	1,30
601	Hyperventilationsprüfung	3,04	3,78	0,00	2,00	2,00
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - ggf. einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -	10,49	13,06	0,00	7,00	7,00
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode - ggf. einschließlich fortlaufender Registrierung - *Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.*	6,21	7,73	0,00	4,20	4,20
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - ggf. einschließlich Phasenwinkelbestimmung und ggf. 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.*	11,04	13,74	0,00	7,40	7,40
605	Ruhespirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	16,70	20,79	0,00	11,20	11,20
605 a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen -einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -	9,66	12,03	0,00	6,40	6,40
606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und ggf. einschließlich Oxymetrie -	26,16	32,55	0,00	17,50	17,50
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	16,70	20,79	0,00	11,20	11,20
608	Ruhespirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	5,25	6,53	0,00	3,50	3,50
609	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazi-tät vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	12,56	15,63	0,00	8,40	8,40
610	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestim- mung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) - ggf. mit Bestimmung der Lungendurchblutung - *Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.*	41,76	51,97	0,00	28,00	28,00

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters -	41,76	51,97	0,00	28,00	28,00
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absolu-ten und relativen Sekundenkapazität und des Atemweg-widerstandes vor und nach Applikation pharmakodyna-misch 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.*	52,25	65,02	0,00	35,00	35,00
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	10,35	12,88	0,00	6,90	6,90
615	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	15,67	19,50	0,00	10,50	10,50
616	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung *Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.*	20,91	26,03	0,00	14,00	14,00
617	Gasanalyse in der Exspirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	23,54	29,29	0,00	15,80	15,80
618	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	23,54	29,29	0,00	15,80	15,80
620	Rheographische Untersuchung der Extremitäten *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	10,49	13,06	0,00	7,00	7,00
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	8,77	10,91	0,00	5,90	5,90
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	12,56	15,63	0,00	8,40	8,40
623	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Platten-thermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen *Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgen-befundes berechnungsfähig.*	9,66	12,03	0,00	6,50	6,50
624	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farb-thermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.*	22,78	28,35	0,00	15,20	15,20

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
626	Rechtsherzkatheterismus - einschließlich Druckmessun-gen 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.*	69,02	85,90	0,00	33,80	33,80
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*	103,54	128,85	0,00	40,50	40,50
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetri-schen 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.*	55,22	68,72	0,00	36,80	36,80
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.*	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Ein-schwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - *Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Ge-bühr 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.*	62,67	77,99	0,00	42,00	42,00
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle -	76,62	95,35	0,00	51,30	51,30
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - ggf. auch unter Röntgen-Kontrolle - *Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Ge-bühr 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.*	83,52	103,94	0,00	55,90	55,90

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
634	Lichtreflex-Rheographie	8,28	10,31	0,00	5,60	5,60
635	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	15,67	19,50	0,00	10,50	10,50
636	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen)	26,16	32,55	0,00	17,50	17,50
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung - ggf. einschließlich einer elektrokar-diographischen Kontrollableitung -	15,67	19,50	0,00	10,50	10,50
638	Punktuelle Arterien - und/oder Venenpulsschreibung	8,35	10,39	0,00	5,60	5,60
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)	31,34	39,00	0,00	21,00	21,00
640	Phlebodynamometrie	44,87	55,83	0,00	30,00	30,00
641	Venenverschluss-plethysmographische Untersuchung	28,51	35,48	0,00	19,10	19,10
642	Venenverschluss-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	38,24	47,59	0,00	25,60	25,60
643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungs-messung	8,28	10,31	0,00	5,60	5,60
644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremi-tätenarterien bzw. -venen mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	12,42	15,46	0,00	8,40	8,40
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversor-genden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	44,87	55,83	0,00	30,40	30,40
646	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisation sowie der periphe-ren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	41,76	51,97	0,00	28,00	28,00
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmes-sung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließ-lich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -	15,19	18,90	0,00	10,10	10,10
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, - einschließlich Venen- oder Arterien-punktion, Kathetereinführung(en) und ggf. Röntgenkontrolle -	41,76	51,97	0,00	28,00	28,00

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung -	44,87	55,83	0,00	29,90	29,90
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - ggf. als Notfall-EKG -	10,49	13,06	0,00	7,00	7,00
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch ggf. nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwand-ableitungen (mindestens neun Ableitungen)	17,46	21,73	0,00	11,70	11,70
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschrei- bender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) -ggf. auch Belastungsänderung-	30,72	38,22	0,00	20,60	20,60
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege *Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	17,46	21,73	0,00	11,70	11,70
654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	10,35	12,88	0,00	6,90	6,90
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	10,49	13,06	0,00	7,00	7,00
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	125,62	156,33	0,00	84,10	84,10
657	Vektorkardiographische Untersuchung	17,46	21,73	0,00	11,70	11,70
659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - ggf. einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
660	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzberei-chen - einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie ggf. mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung -	20,91	26,03	0,00	14,00	14,00
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - ggf. mit Magnettest -	36,58	45,53	0,00	24,50	24,50
665	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechsel-apparatur ohne Kohlensäurebestimmung	8,35	10,39	0,00	5,60	5,60
666	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechsel-apparatur mit Kohlensäurebestimmung	15,67	19,50	0,00	10,50	10,50
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	14,63	18,21	0,00	9,80	9,80

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	8,28	10,31	0,00	5,50	5,50
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit -	8,28	10,31	0,00	5,50	5,50
672	Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, ggf. fraktioniert -	8,28	10,31	0,00	5,50	5,50
674	Anlage eines Pneumothorax - ggf. einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	25,54	31,78	0,00	17,10	17,10
675	Pneumothoraxfüllung - ggf. einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	18,98	23,62	0,00	12,70	12,70
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	55,22	68,72	0,00	46,10	46,10
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	41,41	51,54	0,00	13,70	13,70
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) - ggf. einschließlich Lavage -	62,12	77,31	0,00	17,40	17,40
679	Mediastinoskopie - ggf. einschließlich Skaleno-skopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion -	75,93	94,49	5,47	26,20	31,67
680	Ösophagoskopie - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	37,96	47,24	0,00	17,40	17,40
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	56,95	70,87	0,00	33,70	33,70
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	58,67	73,01	0,00	13,80	13,80
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	69,02	85,90	0,00	32,30	32,30
684	Bulboskopie - ggf. einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	82,83	103,08	0,00	32,30	32,30
685	Duodeno-/Jejunoskopie - ggf. einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	93,18	115,96	0,00	32,30	32,30
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	103,54	128,85	0,00	32,30	32,30

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	103,54	128,85	0,00	32,30	32,30
688	Partielle Koloskopie - ggf. einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	62,12	77,31	0,00	32,30	32,30
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	48,32	60,13	0,00	8,20	8,20
690	Rektoskopie - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	24,16	30,06	0,00	8,20	8,20
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösopha-gusvarizen - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	96,63	120,26	0,00	32,30	32,30
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung	131,15	163,20	0,00	38,00	38,00
692 a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 -	27,61	34,36	0,00	5,60	5,60
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus - einschließlich Sondeneinführung -	20,71	25,77	0,00	4,00	4,00
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	34,51	42,95	0,00	6,00	6,00
695	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingen-biopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - ggf. ein-schließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zu- sätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689- *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	27,61	34,36	0,00	5,80	5,80
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingen-biopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 -	13,80	17,18	0,00	5,80	5,80
697	Saugbiopsie des Dünndarms - ggf. einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion-	27,61	34,36	0,00	6,20	6,20
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	13,80	17,18	0,00	9,70	9,70
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	8,28	10,31	0,00	5,80	5,80
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	55,22	68,72	2,73	11,30	14,03

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	72,48	90,19	4,21	13,70	17,91
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	34,51	42,95	0,00	15,80	15,80
705	Proktoskopie	10,49	13,06	0,00	3,60	3,60
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	41,41	51,54	0,00	8,80	8,80
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	12,42	15,46	0,00	6,20	6,20
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grob-motorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumen- tation des entsprechenden Entwicklungsstandes *Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.*	15,19	18,90	0,00	1,30	1,30
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling o-der Kleinkind (z. B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermö-gen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	4,76	5,93	0,00	1,30	1,30
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	7,59	9,45	0,00	1,30	1,30
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.*	17,33	21,56	0,00	5,90	5,90
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozial- verhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	17,33	21,56	0,00	5,90	5,90
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungs-behandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnerven-system als zeitaufwendige Einzelbehandlung - ggf. einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson-, 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.*	20,71	25,77	0,00	13,90	13,90

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
726	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbe-dingten Sprachstörungen - einschließlich aller dazugehören-der psychotherapeutischer, atemgym- nastischer, physikali-scher und sedierender Maßnahmen sowie ggf. 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.* *Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungs- fähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt vonein-ander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.*	20,71	25,77	0,00	13,90	13,90
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	4,90	6,10	0,00	1,50	1,50
741	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	5,25	6,53	0,00	1,50	1,50
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	11,39	14,17	0,00	2,00	2,00
743	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	5,18	6,44	0,00	1,30	1,30
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	5,52	6,87	0,00	1,70	1,70
745	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	3,18	3,95	0,00	2,70	2,70
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	3,18	3,95	0,00	1,90	1,90
747	Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	3,04	3,78	0,00	1,70	1,70
748	Hautdrainage	5,25	6,53	0,00	2,60	2,60
750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	8,28	10,31	0,00	4,90	4,90
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion -	10,35	12,88	0,00	2,30	2,30
755	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	16,57	20,62	0,00	4,40	4,40
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen	8,35	10,39	0,00	4,90	4,90
757	Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose - ggf. in mehreren Sitzungen -	10,35	12,88	0,00	5,20	5,20

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
758	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	5,18	6,44	0,00	1,90	1,90
759	Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	5,25	6,53	0,00	3,50	3,50
760	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	8,35	10,39	0,00	5,60	5,60
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau -	5,25	6,53	0,00	1,60	1,60
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	8,97	11,17	0,00	5,80	5,80
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - ggf. einschließlich Naht -	10,22	12,71	5,47	4,90	10,37
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	13,11	16,32	0,00	6,00	6,00
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	19,33	24,05	5,47	5,80	11,27
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung	15,53	19,33	0,00	7,80	7,80
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	3,45	4,29	0,00	1,90	1,90
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	9,66	12,03	0,00	3,90	3,90
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	16,70	20,79	0,00	5,80	5,80
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	5,25	6,53	0,00	2,40	2,40
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - ggf. in mehreren Sitzungen -	18,98	23,62	0,00	9,60	9,60
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Spülung	22,78	28,35	0,00	11,60	11,60
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	3,80	4,72	0,00	2,60	2,60
790	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und ggf. seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse	34,51	42,95	0,00	9,70	9,70
791	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse	22,09	27,49	0,00	6,30	6,30
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung	30,37	37,79	0,00	8,60	8,60

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
793	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag *Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und ggf. 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.*	7,94	9,88	0,00	2,40	2,40
796	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	10,49	13,06	0,00	7,00	7,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

800	Eingehende neurologische Untersuchung - ggf. einschließ-lich der Untersuchung des Augenhintergrundes - *Die Leistung ist nur für Nervenärzte, Neurologen und Neurochirurgen berechnungsfähig und im Behandlungs-fall nicht mehr als dreimal berechenbar. Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 10, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.*	13,46	16,75	0,00	3,60	3,60
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung - ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson - *Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 10, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.*	17,26	21,47	0,00	3,60	3,60
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -	10,35	12,88	0,00	2,60	2,60
806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation - ggf. unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten-, Mindestdauer 20 Minuten	17,26	21,47	0,00	3,60	3,60
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.*	27,61	34,36	0,00	3,60	3,60
808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fun-dierten oder der analytischen Psychotherapie -einschließ-lich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, ggf. einschließlich Besprechung m. dem nichtärztlichen Psychotherapeuten-	27,61	34,36	0,00	1,40	1,40
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	34,51	42,95	0,00	3,60	3,60
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - ggf. mit medikamen-töser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen -	12,42	15,46	0,00	2,60	2,60
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	12,42	15,46	0,00	2,60	2,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung	5,73	7,13	0,00	1,30	1,30
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - ggf. einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - *Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.*	6,83	8,50	0,00	1,30	1,30
827	Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen -	41,76	51,97	0,00	28,00	28,00
827 a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	65,57	81,60	0,00	43,70	43,70
828	Messung visuell, akustisch, somatosensorisch oder magnetisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP,MEP)	41,76	51,97	0,00	28,00	28,00
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden - ggf. einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	11,04	13,74	0,00	7,40	7,40
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen	5,52	6,87	0,00	1,30	1,30
831	Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen -	5,52	6,87	0,00	2,60	2,60
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	10,91	13,57	0,00	5,90	5,90
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen - *Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.*	19,67	24,48	0,00	5,90	5,90
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	4,42	5,50	0,00	1,30	1,30
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	13,11	16,32	0,00	5,90	5,90
837	Elektrische Konvulsionstherapie	18,84	23,45	0,00	6,40	6,40
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	37,96	47,24	0,00	25,40	25,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit	48,32	60,13	0,00	32,40	32,40
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - ggf. einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie-	48,32	60,13	0,00	32,40	32,40
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik *Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.*	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	10,35	12,88	0,00	2,60	2,60
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	10,35	12,88	0,00	2,60	2,60
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	3,11	3,87	0,00	1,10	1,10
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	15,88	19,76	0,00	3,60	3,60
855	Projektive Testverfahren Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung *Anzahl abhängig von Fragestellung* z. B. Rorschach-Test, TAT,... je Test	30,00	30,00	0,00	12,21	22,50
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	45,00	45,00	0,00	18,40	11,30
857	Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung-leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie Verlaufsmessung Anzahl abhängig von 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.*	15,00	15,00	0,00	6,08	6,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosen-psychologischen 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.*	63,50	79,03	0,00	20,50	20,50
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	47,63	59,27	0,00	8,80	8,80
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppen-behandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	23,81	29,63	0,00	4,60	4,60
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	47,63	59,27	0,00	8,80	8,80
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	23,81	29,63	0,00	4,60	4,60
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychothera-peuten über die Fortsetzung der Behandlung	23,81	29,63	0,00	2,60	2,60
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -	51,77	64,42	0,00	9,60	9,60
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.*	10,35	12,88	0,00	2,00	2,00
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	34,51	42,95	0,00	6,20	6,20
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugend-lichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontakt-person(en) unter Berücksichtigung familien-medizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	48,32	60,13	0,00	8,80	8,80
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	13,80	17,18	0,00	2,40	2,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

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

1001	Tokographische Untersuchung	8,28	10,31	0,00	5,60	5,60
1002	Externe kardiotokographische Untersuchung	13,80	17,18	0,00	9,30	9,30
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung - ggf. einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie- *Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.*	26,16	32,55	0,00	17,50	17,50
1010	Amnioskopie	10,22	12,71	0,00	3,60	3,60
1011	Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	18,36	22,85	0,00	5,40	5,40
1012	Blutentnahme beim Fetus	5,11	6,36	0,00	2,60	2,60
1013	Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -	12,29	15,29	0,00	7,60	7,60
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	8,00	8,00
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - ggf. einschließlich Eipollösung -	10,22	12,71	0,00	5,40	5,40
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	18,36	22,85	0,00	2,60	2,60
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidri-ger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunst-hilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	89,73	111,67	0,00	3,60	3,60
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	38,24	47,59	0,00	19,80	19,80
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	57,43	71,47	0,00	25,80	25,80
1027	Entbindung durch Zange	57,43	71,47	0,00	24,20	24,20
1028	Äußere Wendung	25,54	31,78	0,00	4,90	4,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1029	Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion -	76,62	95,35	0,00	25,10	25,10
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 berechnet werden.*	25,54	31,78	0,00	5,90	5,90
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	134,60	167,50	0,00	48,20	48,20
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	159,45	198,42	46,78	33,80	80,58
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	140,12	174,37	46,78	38,20	84,98
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	191,20	237,93	46,78	38,20	84,98
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und ggf. einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage -	24,16	30,06	0,00	5,50	5,50
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettement *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	56,88	70,78	0,00	18,60	18,60
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	38,24	47,59	0,00	18,60	18,60
1043	Naht des Gebärmutterhalses - einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	42,80	53,26	15,66	14,70	30,36
1044	Naht der weichen Geburtswege - auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung - und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses *Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.* *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	28,99	36,08	15,66	14,20	29,86
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades) *Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.* *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	23,33	19,20	42,53
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	159,45	198,42	31,11	42,50	73,61
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes -	20,43	25,43	0,00	3,50	3,50
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	20,43	25,43	0,00	15,80	15,80
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	12,77	15,89	0,00	2,70	2,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	0,00	13,70	13,70
1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - ggf. einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	55,22	68,72	0,00	15,80	15,80
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwanger-schaftswoche - ggf. einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - *Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungs-fähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	82,83	103,08	0,00	38,20	38,20
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	0,00	15,80	15,80
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	12,77	15,89	0,00	6,40	6,40
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	12,29	15,29	0,00	4,30	4,30
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	16,57	20,62	0,00	4,30	4,30
1070	Kolposkopie	5,04	6,27	0,00	2,30	2,30
1075	Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebär-mutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen -	3,11	3,87	0,00	1,90	1,90
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	7,32	9,11	0,00	4,30	4,30
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selb-ständige Leistung	4,07	5,07	0,00	4,60	4,60
1082	Ausstopfung der Gebärmutter - ggf. einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung	12,29	15,29	0,00	6,90	6,90
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	4,83	6,01	0,00	2,40	2,40
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	8,14	10,14	0,00	6,20	6,20
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	6,20	6,20
1086	Konisation der Portio *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	12,40	12,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	3,80	4,72	0,00	1,90	1,90
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	6,42	7,99	0,00	4,60	4,60
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	0,00	11,30	11,30
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	3,59	4,47	0,00	1,90	1,90
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	7,32	9,11	0,00	1,90	1,90
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	3,59	4,47	0,00	1,90	1,90
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	159,45	198,42	31,11	38,20	69,31
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	10,22	12,71	0,00	5,40	5,40
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - ggf. einschließlich Naht - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	7,78	9,20	16,98
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	7,78	9,20	16,98
1099	Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,66	55,58	7,78	9,20	16,98
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abra-sio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	10,22	12,71	0,00	8,50	8,50
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - ggf. einschließ-lich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines odermehrerer Polypen -	12,77	15,89	0,00	8,50	8,50
1104	Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses - ggf. auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie ggf. einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,66	55,58	7,46	9,20	16,66
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten -	12,42	15,46	0,00	8,30	8,30
1110	Hysteroskopie	30,65	38,14	0,00	4,30	4,30
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	5,80	13,58

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1112	Tubendurchblasung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	7,10	7,10
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	28,99	36,08	0,00	8,30	8,30
1114	Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens -	25,54	31,78	0,00	12,10	12,10
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses - auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	44,66	55,58	11,77	23,60	35,37
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*	114,58	142,59	23,33	32,70	56,03
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	22,00	29,78
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluß der Scheide	191,20	237,93	23,33	35,60	58,93
1123 a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	156,69	194,99	23,33	35,60	58,93
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	255,39	317,82	23,33	46,10	69,43
1125	Vordere Scheidenplastik *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,66	33,80	49,46
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	89,04	110,81	15,66	39,30	54,96
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenboden-plastik	114,58	142,59	23,33	44,90	68,23
1128	Scheiden- und Portioplastik - ggf. auch mit Zervixampu-tation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik -	153,23	190,69	31,11	48,30	79,41
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*	51,01	63,48	15,66	24,80	40,46
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	26,16	32,55	3,68	9,20	12,88
1135	Zervixamputation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	7,78	17,10	24,88

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbständige Leistung	26,16	32,55	3,68	4,90	8,58
1137	Vaginale Myomenukleation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	89,04	110,81	31,11	29,10	60,21
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	191,20	237,93	38,89	49,50	88,39
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	229,85	286,04	46,78	72,80	119,58
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	22,99	28,60	3,68	9,20	12,88
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	11,77	20,30	32,07
1145	Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingoto-mie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	114,58	142,59	38,89	34,80	73,69
1146	Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingoto-mie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	153,23	190,69	46,78	38,20	84,98
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	102,16	127,13	38,89	37,10	75,99
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	172,56	214,74	54,34	48,30	102,64
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	241,59	300,64	54,34	73,00	127,34
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneu-moperitoneums und Anlegen eines Portioadapters - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	55,22	68,72	3,68	13,70	17,38
1156	Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneu-moperitoneums und Anlegen eines Portioadapters ein-schließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	72,48	90,19	31,11	28,30	59,41
1158	Kuldoskopie - auch mit operativen Eingriffen -	51,01	63,48	7,78	20,30	28,08
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile - auch Vulvektomie -	114,58	142,59	23,33	28,30	51,63

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	191,20	237,93	23,33	75,40	98,73
1161	Uterusamputation, supravaginal	102,16	127,13	31,11	49,50	80,61
1162	Abdominale Myomenukleation	127,70	158,91	31,11	50,00	81,11
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen - ggf. einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik -	191,20	237,93	46,78	38,20	84,98
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	216,74	269,72	46,78	50,40	97,18
1166	Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	318,89	396,84	62,22	64,90	127,12
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	338,22	420,90	62,22	75,40	137,62
1168	Exenteration des kleinen Beckens	407,24	506,79	62,22	75,40	137,62

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

I. Augenheilkunde

1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	4,07	5,07	0,00	2,60	2,60
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	6,14	7,64	0,00	2,60	2,60
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	5,11	6,36	0,00	3,60	3,60
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	4,14	5,15	0,00	3,60	3,60
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	3,11	3,87	0,00	2,60	2,60
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	4,83	6,01	0,00	3,20	3,20
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test) *Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.*	1,38	1,72	0,00	1,00	1,00
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	15,74	19,58	0,00	8,80	8,80
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haft-schalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	20,71	25,77	0,00	12,20	12,20
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und ggf. Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	9,11	11,34	0,00	6,70	6,70
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und ggf. Anpassung anderer Kontaktlinsen (Haftschalen) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie - *Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 10 nicht berechnungsfähig. Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistun-gen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.*	13,67	17,01	0,00	9,60	9,60
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	8,35	10,39	0,00	4,90	4,90

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus - ggf. einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	6,28	7,82	0,00	3,60	3,60
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes *Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistun-gen nach den Nummern 6 bis 10 nicht berechnungsfähig.*	16,70	20,79	0,00	6,90	6,90
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskel-störungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	48,32	60,13	0,00	13,70	13,70
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) -auch Perimetrie nach Förster-	8,35	10,39	0,00	4,10	4,10
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	12,56	15,63	0,00	3,60	3,60
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	17,12	21,30	0,00	6,60	6,60
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z. B. Farbtafeln)	4,21	5,24	0,00	1,30	1,30
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	12,56	15,63	0,00	3,60	3,60
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation *Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.*	33,41	41,57	0,00	11,30	11,30
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	6,28	7,82	0,00	2,40	2,40
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	6,28	7,82	0,00	2,40	2,40
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	6,28	7,82	0,00	2,40	2,40
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	41,41	51,54	0,00	27,70	27,70
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) -	5,11	6,36	0,00	2,60	2,60
1241	Gonioskopie	10,49	13,06	0,00	4,90	4,90
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - ggf. einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung -	10,49	13,06	0,00	4,90	4,90
1243	Diasklerale Durchleuchtung	4,21	5,24	0,00	2,60	2,60
1244	Exophthalmometrie	3,45	4,29	0,00	3,60	3,60

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes -	16,70	20,79	0,00	9,70	9,70
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 abgegolten.*	33,41	41,57	0,00	22,30	22,30
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	18,84	23,45	0,00	6,90	6,90
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	18,84	23,45	0,00	6,90	6,90
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	6,90	8,59	0,00	3,50	3,50
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	10,35	12,88	0,00	5,20	5,20
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	4,83	6,01	0,00	1,30	1,30
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	6,90	8,59	0,00	2,60	2,60
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes -	16,70	20,79	0,00	7,60	7,60
1259	Pupillographie	16,70	20,79	0,00	11,20	11,20
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	38,65	48,10	0,00	25,90	25,90
1262	Ophthalmodynamometrie - ggf. einschließlich Tonometrie -, erste Messung	16,70	20,79	0,00	7,60	7,60
1263	Ophthalmodynamometrie - ggf. einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung	10,49	13,06	0,00	6,40	6,40
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	10,49	13,06	0,00	10,40	10,40
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten	10,49	13,06	0,00	10,40	10,40
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	3,73	4,64	0,00	3,60	3,60
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	3,18	3,95	0,00	1,30	1,30

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	2,55	3,18	0,00	1,30	1,30
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	5,11	6,36	0,00	1,90	1,90
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	10,49	13,06	2,50	3,60	6,10
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	19,19	23,88	0,00	5,40	5,40
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	6,90	8,59	0,00	4,00	4,00
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels -	89,04	110,81	5,47	22,50	27,97
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern	153,23	190,69	7,46	41,50	48,96
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	10,49	13,06	0,00	6,00	6,00
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*	38,24	47,59	5,47	9,20	14,67
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	7,46	11,30	18,76
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	7,78	17,10	24,88
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherne Gerüst	103,54	128,85	7,78	17,10	24,88
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)	127,70	158,91	7,78	17,10	24,88
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	19,19	23,88	5,47	4,90	10,37
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	5,11	6,36	0,00	1,80	1,80
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	8,97	11,17	0,00	1,80	1,80

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	10,49	13,06	5,47	1,30	1,30
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals	9,11	11,34	0,00	1,70	1,70
1299	Tränensackexstirpation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	5,47	11,30	16,77
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung	84,21	104,79	5,47	17,10	22,57
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	5,47	8,00	13,47
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	5,47	5,80	11,27
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	15,88	19,76	0,00	1,30	1,30
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	7,46	6,90	14,36
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	5,47	14,70	20,17
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	7,46	14,70	22,16
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	102,16	127,13	7,78	14,70	22,48
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	7,46	20,30	27,76
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	127,70	158,91	7,78	20,30	28,08
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Transplantates und ggf. einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel -	127,70	158,91	15,66	20,30	35,96
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	3,59	4,47	0,00	1,30	1,30
1321	Operation des Flügelfells *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	5,47	6,90	12,37
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	114,58	142,59	7,46	37,10	44,56
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	4,62	5,76	0,00	1,90	1,90
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde	15,88	19,76	5,47	8,20	13,67

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und ggf. mit Bindehautdeckung -	76,62	95,35	7,46	22,50	29,96
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse	127,70	158,91	7,46	20,30	27,76
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Aug-apfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteili-gung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	222,95	277,45	14,82	50,40	65,22
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,46	33,80	41,26
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weite-ren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330 *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	4,21	11,30	15,51
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	7,46	33,80	41,26
1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weite-ren schrägen Augenmuskel,zusätzlich zu Nummer 1332 *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	4,10	11,30	15,40
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	3,87	4,81	0,00	1,30	1,30
1339	Abschabung der Hornhaut	10,22	12,71	0,00	2,60	2,60
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung	12,77	15,89	0,00	3,60	3,60
1341	Tätowierung der Hornhaut	22,99	28,60	0,00	4,30	4,30
1345	Hornhautplastik	114,58	142,59	7,46	37,10	44,56
1346	Hornhauttransplantation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	191,20	237,93	7,46	53,70	61,16
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothesis)	209,14	260,27	7,46	53,70	61,16
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	57,43	71,47	5,47	13,70	19,17
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - ggf. mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	127,70	158,91	6,10	33,80	39,90
1350	Staroperation - ggf. mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	163,59	203,58	5,47	33,80	39,27

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	191,20	237,93	7,78	55,50	63,28
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	124,24	154,61	7,78	37,10	44,88
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	57,43	71,47	7,78	20,30	28,08
1354	Extraktion der luxierten Linse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	153,23	190,69	7,78	41,50	49,28
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	7,78	20,30	28,08
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederher-stellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	5,47	8,00	13,47
1357	Hintere Sklerotomie *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	5,47	8,00	13,47
1358	Zyklodialyse, Iridektomie *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	69,02	85,90	5,47	28,30	33,77
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	34,51	42,95	5,47	15,00	20,47
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	69,02	85,90	0,00	33,00	33,00
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	127,70	158,91	5,47	33,80	39,27
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	209,14	260,27	7,46	53,70	61,16
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung,je Sitzung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	0,00	39,50	39,50
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautab-lösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhaut-erkrankungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	5,47	18,00	23,47
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	153,23	190,69	5,47	39,50	44,97
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	209,14	260,27	5,47	39,50	44,97

Numme	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	127,70	158,91	0,00	39,50	39,50
1370	Operative Entfernung des Augapfels	63,78	79,37	7,46	17,10	24,56
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	89,04	110,81	7,78	22,50	30,28
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	127,70	158,91	7,78	39,50	47,28
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	76,62	95,35	7,46	19,30	26,76
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkern-verflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	210,52	261,99	5,47	10,50	15,97
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkern-verflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	241,59	300,64	7,78	12,00	19,78
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	102,16	127,13	7,78	27,80	35,58
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	19,33	24,05	5,47	4,90	10,37
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	138,05	171,79	7,46	41,50	48,96
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	191,20	237,93	7,46	41,50	48,96
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	172,56	214,74	7,46	41,50	48,96
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	172,56	214,74	7,46	41,50	48,96
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	57,29	71,29	7,78	20,30	28,08
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	89,04	110,81	7,78	22,50	30,28

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde						
1400	Genaue Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	5,25	6,53	0,00	1,30	1,30
1401	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	4,14	5,15	0,00	1,30	1,30
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beid-seitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffre-quenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) -auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und ggf. einschließ-lich überschwelliger audiometrischer Untersuchung - *Für Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - wird ein Betrag in Höhe von € 2,66 zuzüglich Porto erstattet. (Abrechnung als Nr. 194)*	10,91	13,57	0,00	7,30	7,30
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Dis-kriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, ggf. einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher) *Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.*	10,91	13,57	0,00	7,30	7,30
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld	4,35	5,41	0,00	2,90	2,90
1406	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/ oder Orientierungsreflexen - ggf. einschließlich über-schwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung - *Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistun-gen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.*	12,56	15,63	0,00	8,40	8,40
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	12,56	15,63	0,00	8,40	8,40
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	61,29	76,28	0,00	41,00	41,00
1409	Messung otoakustischer Emissionen *Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistun-gen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.*	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	6,28	7,82	0,00	1,30	1,30
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	18,29	22,76	0,00	12,30	12,30
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	2,90	3,61	0,00	1,30	1,30
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommel-fells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	6,28	7,82	0,00	1,30	1,30
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	8,35	10,39	0,00	2,90	2,90
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	6,90	8,59	0,00	1,90	1,90
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums - ggf. einschließlich der Stimmbänder - *Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.*	12,42	15,46	0,00	3,70	3,70
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	3,45	4,29	0,00	1,90	1,90
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	6,90	8,59	0,00	3,40	3,40
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	6,56	8,16	0,00	2,40	2,40
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	7,78	2,40	10,18
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	5,25	6,53	0,00	2,60	2,60
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision	8,21	10,22	7,78	3,80	11,58
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	6,28	7,82	0,00	4,00	4,00
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	2,48	3,09	0,00	1,90	1,90
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	0,00	8,30	8,30
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	25,54	31,78	0,00	8,30	8,30
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	8,97	11,17	0,00	6,00	6,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	7,78	6,90	14,68
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	0,00	10,40	10,40
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	13,70	21,48
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasen-atmung - ggf. einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	114,58	142,59	15,66	70,80	86,46
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - ggf. einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	163,59	203,58	15,66	97,50	113,16
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	255,39	317,82	23,33	141,40	164,73
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	510,78	635,64	31,11	265,50	296,61
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	55,22	68,72	11,77	13,70	25,47
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	75,93	94,49	23,33	22,60	45,93
1455	Plastische Operation zum Verschluß einer Nasenscheidewandperforation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	37,96	47,24	7,78	15,00	22,78
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	16,01	19,93	0,00	8,30	8,30
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	0,00	14,00	14,00
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	89,04	110,81	15,66	22,50	38,16
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	5,11	6,36	0,00	4,00	4,00
1465	Punktion einer Kieferhöhle - ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -	8,21	10,22	0,00	3,60	3,60
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antrosko-pie) - ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 1465-	12,29	15,29	0,00	5,40	5,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	28,09	34,96	0,00	10,10	10,10
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	9,00	9,00
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	38,24	47,59	0,00	14,70	14,70
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbein-zellen von der Nase aus - einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand -	51,01	63,48	7,78	17,10	24,88
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle - ggf. auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	11,77	28,30	40,07
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	15,32	19,07	0,00	8,30	8,30
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen *Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.*	153,23	190,69	15,66	44,90	60,56
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus - ggf. einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -	12,29	15,29	0,00	5,40	5,40
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -	4,07	5,07	0,00	1,90	1,90
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	3,11	3,87	0,00	1,90	1,90
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,66	22,50	38,16
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	76,62	95,35	15,66	28,30	43,96
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	102,16	127,13	15,66	33,80	49,46
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	127,70	158,91	15,66	44,90	60,56
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	89,04	110,81	15,66	28,30	43,96
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	10,50	10,50
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	76,62	95,35	7,78	31,40	39,18

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	153,23	190,69	15,66	44,90	60,56
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	7,78	28,30	36,08
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	3,04	3,78	0,00	1,90	1,90
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	31,96	39,77	0,00	12,60	12,60
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	51,01	63,48	0,00	18,50	18,50
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	22,99	28,60	7,78	6,90	14,68
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	10,22	12,71	0,00	5,40	5,40
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	12,77	15,89	0,00	5,40	5,40
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	3,87	4,81	0,00	2,70	2,70
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	6,42	7,99	0,00	3,00	3,00
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	31,96	39,77	0,00	17,18	17,18
1510	Schlitzung des Parotis- o. Submandibularis-Ausführungs-ganges -ggf. einschließlich Entfernung von Stenosen-	13,11	16,32	0,00	5,40	5,40
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	12,77	15,89	0,00	5,00	5,00
1512	Teilweise Entfernung der Zunge - ggf. einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis -	76,62	95,35	15,66	20,30	35,96
1513	Keilexzision aus der Zunge *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	7,78	9,20	16,98
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	153,23	190,69	23,33	47,10	70,43
1518	Operation einer Speichelfistel	51,01	63,48	7,78	12,50	20,28
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	7,78	12,50	20,28
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	62,12	77,31	7,78	22,50	30,28
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	127,70	158,91	15,66	29,10	44,76
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis - ggf. einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes -	138,05	171,79	23,33	33,80	57,13

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	3,18	3,95	0,00	1,70	1,70
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	5,25	6,53	0,00	3,10	3,10
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettement im Kehlkopf *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	0,00	2,90	2,90
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	0,00	9,50	9,50
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	10,49	13,06	0,00	5,20	5,20
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	12,56	15,63	0,00	6,00	6,00
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr *Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.*	12,56	15,63	0,00	6,00	6,00
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	34,51	42,95	0,00	19,90	19,90
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	0,00	8,70	8,70
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,66	55,58	0,00	12,00	12,00
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	127,70	158,91	15,66	35,90	51,56
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	95,94	119,40	7,78	21,90	29,68
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	127,70	158,91	15,66	35,90	51,56
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	113,89	141,73	23,33	33,80	57,13
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes - einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik -	127,70	158,91	23,33	35,90	59,23
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	153,23	190,69	23,33	43,90	67,23
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes - einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und ggf. von benachbarten Organen -	255,39	317,82	38,89	78,80	117,69
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie - einschließlich plastischer Versorgung und ggf. Verlagerung eines Aryknorpels -	191,20	237,93	31,11	75,40	106,51
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	142,19	176,95	31,11	43,90	75,01

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	82,83	103,08	23,33	45,30	68,63
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	20,71	25,77	0,00	10,50	10,50
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - ggf. mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie -	207,07	257,69	46,78	75,40	122,18
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Ver-fahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses) *Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.*	8,21	10,22	0,00	2,90	2,90
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfah-ren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimm-einsatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfanges und der Sprachstimmlage, ggf. auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	8,21	10,22	0,00	2,90	2,90
1557	Elektroglottographische Untersuchung	7,32	9,11	0,00	5,30	5,30
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflosen (Speiseröhrenersatz-stimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	10,22	12,71	0,00	3,20	3,20
1559	Sprachübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Aus-bildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redefluß-übung, ggf. auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) - , als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	14,29	17,78	0,00	3,60	3,60
1560	Stimmübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmeinsatz, Stimm-halteübungen und -entspannungsübungen, ggf. mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	14,29	17,78	0,00	3,60	3,60
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfröpfen, auch beidseitig	3,11	3,87	0,00	1,30	1,30
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	3,11	3,87	0,00	1,30	1,30
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	5,11	6,36	0,00	3,20	3,20
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	12,77	15,89	0,00	4,30	4,30
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	5,11	6,36	0,00	2,60	2,60
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	10,22	12,71	0,00	3,60	3,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	8,97	11,17	0,00	3,60	3,60
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	22,09	27,49	0,00	11,30	11,30
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	3,11	3,87	0,00	1,70	1,70
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	2,76	3,44	0,00	1,70	1,70
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - ggf. einschließlich der Ätzung im Gehörgang -	4,83	6,01	0,00	3,10	3,10
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	6,14	7,64	0,00	2,90	2,90
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	8,97	11,17	0,00	4,30	4,30
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	0,00	8,30	8,30
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	7,78	13,70	21,48
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	2,07	2,58	0,00	1,30	1,30
1590	Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und ggf. einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig	5,11	6,36	0,00	2,80	2,80
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	2,76	3,44	0,00	1,30	1,30
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	127,70	158,91	7,78	35,90	43,68
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	102,16	127,13	7,78	30,70	38,48
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	0,00	31,80	31,80
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	114,58	142,59	7,78	33,80	41,58

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - ggf. mit Aufmeißelung des Warzenfort-satzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume -	191,20	237,93	15,66	56,10	71,76
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - ggf. einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 -	114,58	142,59	15,66	33,80	49,46
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - ggf. einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 -	191,20	237,93	15,66	56,10	71,76
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	102,16	127,13	7,78	22,50	30,28
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	7,78	22,50	30,28
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	0,00	26,00	26,00
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	162,21	201,86	7,78	44,20	51,98
1614	Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	216,74	269,72	7,78	56,10	63,88
1620	Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes -	162,21	201,86	7,78	53,70	61,48
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangs-wand, als selbständige Leistung	76,62	95,35	7,78	22,50	30,28
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	48,32	60,13	7,78	18,70	26,48
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - ggf. einschließlich Interposition -	162,21	201,86	7,78	44,20	51,98
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	162,21	201,86	7,78	44,20	51,98
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	153,23	190,69	7,78	44,20	51,98
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	91,80	114,24	7,78	18,70	26,48
1628	Plastischer Verschluß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel	51,01	63,48	7,78	11,30	19,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443					
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	255,39	317,82	7,78	78,80	86,58
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z.B.durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	17,10	24,88
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	61,22	76,19	7,78	32,90	40,68
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	96,63	120,26	7,78	44,20	51,98
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	310,61	386,54	31,11	141,40	172,51
1639	Unterbindung der Vena jugularis	38,24	47,59	7,78	11,30	19,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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.

1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	3,11	3,87	0,00	1,60	1,60
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	5,11	6,36	0,00	2,90	2,90
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln-, erste Sitzung	12,29	15,29	0,00	6,50	6,50
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	10,22	12,71	0,00	6,50	6,50
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	38,24	47,59	11,77	15,90	27,67
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	5,18	6,44	0,00	2,90	2,90
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	4,14	5,15	0,00	2,00	2,00
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	4,07	5,07	0,00	2,00	2,00
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	5,11	6,36	0,00	2,90	2,90
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	8,21	10,22	0,00	6,50	6,50
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*	20,43	25,43	0,00	14,60	14,60
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	15,88	19,76	7,78	10,50	18,28
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	20,71	25,77	0,00	10,30	10,30
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	38,24	47,59	15,66	20,30	35,96

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1721	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch Naht	38,24	47,59	19,66	22,90	42,56
1722	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	76,62	95,35	19,66	40,60	60,26
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	114,58	142,59	31,11	40,60	71,71
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	114,58	142,59	31,11	40,60	71,71
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	4,07	5,07	0,00	3,00	3,00
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und ggf. auch Ausspülung von Blutkoagula -	7,18	8,93	0,00	4,60	4,60
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	2,55	3,18	0,00	1,30	1,30
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und ggf. auch Ausspülung von Blutkoagula -	5,11	6,36	0,00	4,00	4,00
1732	Einlegung eines Verweilkatheters - ggf. einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 - *Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.*	5,11	6,36	0,00	3,00	3,00
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	2,76	3,44	0,00	1,90	1,90
1737	Meatomie	5,11	6,36	5,78	2,90	8,68
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	23,33	15,90	39,23
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	4,14	5,15	0,00	1,70	1,70
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,43	25,43	11,77	6,90	18,67
1741	Phimoseoperation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	11,77	6,90	18,67
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	5,87	7,30	5,78	1,30	7,08
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	38,24	47,59	31,11	15,90	47,01
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	76,62	95,35	54,34	19,80	74,14
1747	Penisamputation	38,24	47,59	38,89	12,50	51,39

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen - einschließlich Verlagerung der Harnröhre -	153,23	190,69	62,22	39,50	101,72
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	172,56	214,74	38,89	41,90	80,79
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	220,88	274,87	46,78	61,00	107,78
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	63,78	79,37	31,11	23,60	54,71
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	172,56	214,74	38,89	55,40	94,29
1753	Entfernen einer Penisprothese	37,96	47,24	7,78	12,50	20,28
1754	Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern - einschließlich graphischer Registrierung-	12,42	15,46	0,00	7,80	7,80
1755	Unterbindung eines Samenleiters - auch mit Teilresektion -, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	11,77	8,80	20,57
1756	Unterbindung beider Samenleiter - auch mit Teilresektion(en) -, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	57,43	71,47	11,77	12,50	24,27
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	38,24	47,59	7,78	10,40	18,18
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	76,62	95,35	31,11	19,80	50,91
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	193,27	240,51	7,78	99,60	107,38
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	102,16	127,13	23,33	39,50	62,83
1761	Operation eines Wasserbruchs *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	23,33	12,50	35,83
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	82,83	103,08	23,33	28,50	51,83
1763	Einlegen einer Hodenprothese	51,08	63,56	15,66	12,50	28,16
1764	Entfernen einer Hodenprothese	31,75	39,51	7,78	10,40	18,18
1765	Hodenentfernung - ggf. einschließlich Nebenhoden-entfernung derselben Seite -, einseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	54,34	12,50	66,84

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1766	Hodenentfernung - ggf. einschließlich Nebenhoden-entfernung(en) -, beidseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	82,83	103,08	77,79	23,60	101,39
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	23,33	10,40	33,73
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	82,83	103,08	31,11	23,60	54,71
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	54,34	30,90	85,24
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	63,78	79,37	23,33	23,60	46,93
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	102,16	127,13	31,11	30,90	62,01
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilme-thoden (auch Massage) - ggf. mit Gewinnung von Prostata-Exprimat -	3,11	3,87	0,00	1,90	1,90
1776	Eröffnung eines Prostataabzesses vom Damm aus	25,54	31,78	7,78	8,50	16,28
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	63,78	79,37	31,11	33,80	64,91
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	127,70	158,91	70,01	47,10	117,11
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	178,77	222,47	70,01	55,40	125,41
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	127,70	158,91	77,79	33,80	111,59
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	191,20	237,93	77,79	55,40	133,19
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	76,62	95,35	15,66	19,80	35,46
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	127,70	158,91	70,01	40,40	110,41
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung	241,59	300,64	77,79	66,50	144,29
1785	Zystoskopie	14,29	17,78	0,00	8,00	8,00
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	24,50	30,49	0,00	12,60	12,60
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	17,39	21,65	0,00	9,20	9,20
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	20,43	25,43	0,00	10,50	10,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1789	Chromozystoskopie -einschließlich intravenöser Injektion-	22,43	27,92	2,31	12,60	14,91
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken -	25,54	31,78	0,00	13,90	13,90
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	10,22	12,71	0,00	6,00	6,00
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	14,63	18,21	0,00	8,90	8,90
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - *Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.*	27,61	34,36	0,00	18,50	18,50
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - *Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.*	46,94	58,41	0,00	31,40	31,40
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	18,84	23,45	0,00	12,60	12,60
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	51,01	63,48	15,66	12,50	28,16
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung	24,50	30,49	0,00	12,20	12,20
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.*	37,96	47,24	0,00	25,40	25,40
1799	Nierenbeckendruckmessung	10,35	12,88	0,00	6,10	6,10
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	0,00	28,00	28,00
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - ggf. einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters -	102,16	127,13	38,89	31,40	70,29

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch einschließlich Probeexzision - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	17,10	24,88
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasen-geschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.*	76,62	95,35	7,78	22,50	30,28
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung	127,70	158,91	38,89	33,80	72,69
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	127,70	158,91	38,89	40,40	79,29
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	153,23	190,69	54,34	78,40	132,74
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	280,93	349,60	54,34	78,40	132,74
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - ggf. einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung -	331,32	412,31	62,22	78,40	140,62
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	318,20	395,99	62,22	78,40	140,62
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters *Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.*	23,47	29,20	0,00	13,90	13,90
1814	Harnleiterbougierung	62,12	77,31	0,00	28,40	28,40
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - ggf. einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums - *Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berech-nungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	0,00	28,40	28,40
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	33,20	41,32	0,00	15,60	15,60
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	153,23	190,69	31,11	47,10	78,21
1818	Ureterektomie - ggf. einschließlich Blasenmanschette -	191,20	237,93	54,34	55,40	109,74
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	258,84	322,11	38,89	117,30	156,19
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig	178,77	222,47	31,11	55,40	86,51

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	229,85	286,04	54,34	78,40	132,74
1825	Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	191,20	237,93	54,34	55,40	109,74
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	31,96	39,77	7,78	12,50	20,28
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung - ggf. einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistungen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787 *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	103,54	128,85	0,00	28,60	28,60
1828	Ureterpyeloskopie - ggf. einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung -	103,54	128,85	0,00	28,60	28,60
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und ggf. intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	178,77	222,47	38,89	55,40	94,29
1829 a	Ureterolyse, als selbständige Leistung *Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	76,62	95,35	31,11	33,80	64,91
1830	Operative Freilegung einer Niere - ggf. mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses -	76,62	95,35	31,11	33,80	64,91
1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	102,16	127,13	38,89	33,80	72,69
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	114,58	142,59	7,78	40,80	48,58
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	16,36	20,36	0,00	9,40	9,40
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes - ohne Eröffnung des Nierenbeckens -, als selbständige Leistung	102,16	127,13	62,22	33,80	96,02
1835	Trennung der Hufeisenniere	222,95	277,45	77,79	60,60	138,39
1836	Nierenpolresektion, als selbständige Leistung	191,20	237,93	62,22	60,60	122,82
1837	Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	114,58	142,59	62,22	33,80	96,02
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	153,23	190,69	38,89	43,90	82,79
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	191,20	237,93	46,78	43,90	90,68
1840	Nierenbeckenplastik	191,20	237,93	46,78	43,90	90,68
1841	Nephrektomie	153,23	190,69	54,34	43,90	98,24

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
1842	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) -	222,95	277,45	62,22	72,80	135,02
1843	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) -	287,14	357,33	77,79	142,30	220,09
1845	Implantation einer Niere	344,43	428,63	116,57	170,70	287,27
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	287,14	357,33	116,57	142,30	258,87
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	222,95	277,45	77,79	110,50	188,29
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	153,23	190,69	0,00	76,00	76,00
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	241,59	300,64	0,00	119,70	119,70
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	448,66	558,33	116,57	222,40	338,97
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel - ggf. einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	86,28	107,37	7,78	42,70	50,48
1852	Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel -	48,32	60,13	7,78	28,70	36,48
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung *Neben der Leistung nach Nummern 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.*	82,83	103,08	15,66	41,00	56,66
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	222,95	277,45	77,79	110,50	188,29
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	287,14	357,33	116,57	142,30	258,87
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle -, je Sitzung	414,15	515,38	0,00	443,30	443,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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: leiner/größer 3 cm
Fläche: kleiner/größer 4 cm²
Volumen: kleiner/größer 1 cm³
ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³
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

2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	4,83	6,01	0,00	2,40	2,40
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht und/oder Gewebekleber	8,97	11,17	5,41	2,90	8,31
	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; 8,50 € nur bei Verwendung von Gewebekleber, sonst wie bisher 5,41 €			8,50		
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	11,04	13,74	5,47	4,40	9,87
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	8,97	11,17	0,00	5,10	5,10
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	16,57	20,62	9,40	8,00	17,40
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht Operationsbericht und Fotodokumentation sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen.	27,61	57,45	9,46	8,00	17,46
	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. *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*					
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	4,35	5,41	0,00	2,80	2,80
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	2,76	3,44	0,00	1,30	1,30
2008	Wund- oder Fistelspaltung	6,21	7,73	0,00	4,20	4,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a					
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a*	6,90	8,59	0,00	4,00	4,00
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen Der tiefsitzende Fremdkörper ist im Opera-tionsbericht oder durch Röntgenbild bzw. Foto zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen	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 - ggf. einschließlich Spülung -	4,14	5,15	0,00	2,30	2,30
2016	Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz	3,18	3,95	0,00	1,50	1,50
II. Extremitätenchirurgie						
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität	3,45	4,29	0,00	1,20	1,20
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie - ggf. einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels -	8,97	11,17	0,00	5,20	5,20
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpana-ritiums 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	17,26	21,47	0,00 [1]	7,30	7,30
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	3,93	4,90	0,00	2,60	2,60
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	7,87	9,79	5,78	2,90	8,68
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe - auch mit Defektdeckung -	12,42	15,46	5,78	4,90	10,68
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	3,11	3,87	0,00 [1]	1,30	1,30
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	5,78	12,80	18,58
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	48,32	60,13	5,78	22,70	28,48
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	75,93	94,49	7,78	30,70	38,48

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	100,09	124,55	7,78	34,70	42,48
[1] Selbskosten						
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	117,34	146,02	11,77	43,00	54,77
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	41,41	51,54	7,78	12,80	20,58
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik	124,24	154,61	15,66	43,00	58,66
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	41,41	51,54	7,78	12,80	20,58
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	7,78	12,80	20,58
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	165,66	206,15	31,11	55,70	86,81
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie	165,66	206,15	38,89	55,70	94,59
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	483,17	601,28	116,57	239,40	355,97
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	552,20	687,18	116,57	273,70	390,27
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	5,11	6,36	0,00	3,20	3,20
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*	34,51	42,95	7,35	6,40	13,75
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062 *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a*	8,70	10,82	0,00	3,20	3,20
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	23,33	18,00	41,33
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	17,26	21,47	0,00	8,70	8,70
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	31,06	38,65	0,00	15,40	15,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442					
2067	Operation einer Hand- oder Fußmissbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	114,58	142,59	15,03	33,80	48,83
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	114,58	142,59	7,78	33,70	41,48
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	127,70	158,91	22,60	38,20	60,80
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	7,78	11,30	19,08
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht - ggf. einschließlich Versorgung einer frischen Wunde - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,87	87,50	15,66	20,30	35,96
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	75,93	94,49	15,66	13,70	29,36
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	7,78	18,00	25,78
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	65,57	81,60	7,78	18,00	25,78
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnendurchschneidung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	7,78	11,30	19,08
2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation -ggf. mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,66	17,10	32,76
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	113,89	141,73	15,66	33,80	49,46
2083	Freie Sehnentransplantation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	113,89	141,73	23,33	33,80	57,13
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation - ggf. einschließlich Probeexzision - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	28,09	34,96	7,78	11,40	19,18
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,66	17,10	32,76
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose	75,93	94,49	15,66	20,30	35,96

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	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 - ggf. einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	124,24	154,61	23,33	43,00	66,33
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung	4,35	5,41	0,00	2,80	2,80
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - ggf. mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,66	18,00	33,66
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,77	64,42	7,78	15,30	23,08
2093	Spülung bei liegender Drainage	3,45	4,29	0,00	2,20	2,20

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.
Die Leistungen nach den Nummern 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	19,19	23,88	7,78	4,90	12,68
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	15,66	9,20	24,86
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	76,62	95,35	31,11	17,10	48,21
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk - ggf. einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen -	127,70	158,91	46,78	38,20	84,98
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	159,45	198,42	46,78	50,90	97,68
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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	15,66	17,10	32,76
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,77	64,42	7,78	13,70	21,48
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	15,66	17,10	32,76
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	23,33	25,50	48,83
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	127,70	158,91	23,33	28,30	51,63
2117	Meniskusoperation *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	23,33	28,30	51,63
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,87	55,83	7,78	14,60	22,38
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	15,66	28,30	43,96
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,87	55,83	7,78	13,70	21,48
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	89,73	111,67	15,66	20,30	35,96
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	38,24	47,59	7,78	12,00	19,78
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	76,62	95,35	15,66	24,90	40,56
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	127,70	158,91	38,89	29,10	67,99
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	153,23	190,69	46,78	44,90	91,68
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende - ggf. mit Osteosynthese -	191,20	237,93	46,78	56,10	102,88
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,87	55,83	7,78	13,70	21,48
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	89,73	111,67	15,66	20,30	35,96
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks - auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material -	191,20	237,93	38,89	56,10	94,99

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	144,95	180,38	38,89	44,90	83,79
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,66	17,10	32,76
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	96,63	120,26	38,89	20,30	59,19
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	114,58	142,59	38,89	24,60	63,49
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	144,95	180,38	38,89	29,10	67,99
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	69,02	85,90	15,66	24,90	40,56
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	124,24	154,61	15,66	56,10	71,76
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	186,37	231,92	38,89	76,20	115,09
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	335,46	417,46	46,78	152,40	199,18
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	248,49	309,23	54,34	56,10	110,44
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	447,28	556,61	54,34	176,00	230,34
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	124,24	154,61	54,34	56,10	110,44
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	223,64	278,31	54,34	76,20	130,54
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie - auch Pfannendachplastik -	144,95	180,38	62,22	56,10	118,32
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate	191,20	237,93	62,22	76,20	138,42
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	343,74	427,77	62,22	152,40	214,62
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	255,39	317,82	62,22	76,20	138,42
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	459,70	572,07	62,22	176,00	238,22
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	255,39	317,82	62,22	76,20	138,42

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	459,70	572,07	62,22	176,00	238,22
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	10,22	12,71	0,00	6,70	6,70
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,87	55,83	0,00	13,90	13,90
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	63,78	79,37	0,00	25,50	25,50
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	7,78	9,60	17,38
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	63,78	79,37	23,33	22,50	45,83
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	76,62	95,35	31,11	24,90	56,01
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	89,04	110,81	31,11	29,10	60,21
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	102,16	127,13	62,22	31,40	93,62
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	127,70	158,91	77,79	39,50	117,29
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	255,39	317,82	77,79	76,20	153,99
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/ oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials - ggf. auch mit Reposition einer Hüftluxation -	414,15	515,38	38,89	176,00	214,89
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	220,88	274,87	62,22	76,20	138,42
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese - einschließlich operativer Versteifung des Gelenks -	220,88	274,87	62,22	76,20	138,42
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	7,78	7,60	15,38
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti - einschließlich plastischer Deckung -	76,62	95,35	15,66	28,30	43,96
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens - einschließlich plastischer Deckung -	63,78	79,37	23,33	22,80	46,13

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich - einschließlich plastischer Deckung -	76,62	95,35	46,78	28,30	75,08
2174	Amputation im Oberschenkelbereich - einschließlich plastischer Deckung -	89,04	110,81	46,78	33,20	79,98
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	15,67	19,50	0,00	3,60	3,60
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	26,16	32,55	0,00	5,80	5,80
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	51,08	63,56	7,78	13,70	21,48
2184	Anlegen von Hals-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	69,02	85,90	7,78	25,30	33,08
2189	Resezierende arthroskopische Operation eines Gelen-kes mit z.B. Entfernung oder Teilresektion eines Menis-kus - ggf. einschließlich Plicateilresektion, Teilresek-tion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper. *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	231,77	257,08	136,22 [1 2 3 4]	198,60	334,82
2190	Arthroskopische erhaltende Operation in einem Gelenk (z. B. Meniskusnaht, Refixation) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	252,48	282,85	150,72 [1 2 3 4 5 6 7]	217,00	367,72
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinser-tion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	266,28	300,03	150,72 [1 2 3 4 5 6 7]	217,00	367,72
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 *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem großen Gelenk bei chronischer Gelenkentzün-dung - ggf. einschließlich Abtragung von Osteophyten *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	252,48	282,85	150,72 [1 2 3 4 5 6]	217,00	367,72

[1] Soweit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar.
[2] Bei Notwendigkeit eines Shaveeinsatzes sind unter Berücksichtigung einer Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten
[3] Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

[4] Die Kosten für selbstauflösende PINS/Fibrinkleber/Osteosynthesematerial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Fixierung

[5] Die Kosten für zusätzliches Spezialnahtmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Meniskusnaht, -refixation, Bandnaht, -

[6] Die Kosten für Osteosynthesematerial oder spezielles Fadenmaterial und Spezialbohrer (Einamlverwendung) sind als Selbstkosten

[7] Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z. B. Anker o. Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Nachweis

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 -	20,71	25,77	0,00	13,90	13,90
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	17,26	21,47	0,00	11,60	11,60

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.[1]

2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	51,01	63,48	0,00	13,70	13,70
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	76,62	95,35	0,00	27,10	27,10
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	6,42	7,99	0,00	1,60	1,60
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	9,66	12,03	0,00	2,80	2,80
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	10,22	12,71	0,00	2,90	2,90
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks	15,19	18,90	0,00	5,80	5,80
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	25,54	31,78	0,00	10,10	10,10
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	41,41	51,54	7,78	16,70	24,48
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	19,19	23,88	0,00	5,80	5,80
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	28,99	36,08	0,00	11,30	11,30
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	11,77	27,10	38,87
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	25,54	31,78	0,00	9,20	9,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
[1] Dies gilt nicht für die "Besonderen Kosten" für Verbände.						
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	37,27	46,38	0,00	11,30	11,30
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	127,70	158,91	15,66	30,70	46,36
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	25,54	31,78	0,00	5,70	5,70
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks	37,27	46,38	0,00	11,30	11,30
2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schulter-gelenks	127,70	158,91	38,89	30,70	69,59
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schulter-gelenks mit Spanübertragung	155,30	193,27	54,34	33,80	88,14
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	7,66	9,53	0,00	5,80	5,80
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbein-gelenks oder einer Kniescheibe	11,73	14,60	0,00	9,20	9,20
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbein-gelenks	27,61	34,36	23,33	9,20	32,53
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbein-gelenks mit Osteosynthese	55,22	68,72	23,33	16,20	39,53
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbein-gelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	69,02	85,90	23,33	27,10	50,43
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks	8,28	10,31	0,00	5,50	5,50
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	62,12	77,31	15,66	22,80	38,46
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	51,01	63,48	0,00	11,30	11,30
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	76,62	95,35	0,00	22,50	22,50
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	37,96	47,24	0,00	11,30	11,30
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	32,65	40,63	0,00	8,00	8,00
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	114,58	142,59	38,89	33,80	72,69

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenks-luxation - einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	127,70	158,91	38,89	30,70	69,59
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenks-luxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne - einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	191,20	237,93	54,34	76,20	130,54
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenks-luxation nach Nummer 2237 - einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und ggf. mit Naht desselben -	222,95	277,45	62,22	76,20	138,42
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüft-gelenksluxation	102,16	127,13	38,89	31,40	70,29
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenks-luxation mit Pfannendachplastik - auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie -	191,20	237,93	46,78	76,20	122,98
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenks-luxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteo-tomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	310,61	386,54	62,22	90,60	152,82
V. Knochenchirurgie						
2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Kno-chens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	7,78	15,90	23,68
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese	89,04	110,81	23,33	25,50	48,83
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	127,70	158,91	23,33	34,30	57,63
2253	Knochenspanentnahme *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,66	55,58	7,78	17,10	24,88
2254	Implantation von Knochen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	12,50	20,28
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	102,16	127,13	15,66	28,30	43,96
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	31,96	39,77	7,78	14,20	21,98
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	55,22	68,72	15,66	18,00	33,66

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	82,83	103,08	15,66	25,50	41,16
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	103,54	128,85	7,78	28,30	36,08
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	127,70	158,91	15,66	34,30	49,96
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*	114,58	142,59	31,11	43,90	75,01
2265	Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) -	191,20	237,93	54,34	60,60	114,94
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	127,70	158,91	54,34	34,30	88,64
2267	Knochenzerbrechung	31,96	39,77	0,00	5,80	5,80
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	124,24	154,61	15,66	34,30	49,96
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	124,24	154,61	23,33	34,30	57,63
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	7,78	22,50	30,28
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -	127,70	158,91	23,33	34,30	57,63
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	159,45	198,42	38,89	50,90	89,79
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	191,20	237,93	46,78	56,10	102,88
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	39,14	48,70	0,00	6,90	6,90
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	241,59	300,64	54,34	66,10	120,44
2279	Chemonukleolyse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	41,41	51,54	0,00	10,50	10,50
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	78,34	97,49	0,00	22,50	22,50
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)	96,63	120,26	38,89	26,80	65,69

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445					
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapsabtragung und Bandscheibenausräumung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	38,89	28,30	67,19
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	127,70	158,91	38,89	34,30	73,19
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochen-spaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materi-als), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	38,24	47,59	7,78	6,90	14,68
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung -	102,16	127,13	23,33	28,30	51,63
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmun-gen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material -	172,56	214,74	38,89	56,10	94,99
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmun-gen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	255,39	317,82	46,78	67,70	114,48
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	37,96	47,24	7,78	6,90	14,68
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvor-richtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung -	276,10	343,59	46,78	80,80	127,58
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpflanzung -	191,20	237,93	46,78	76,20	122,98
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	63,50	79,03	15,66	18,00	33,66
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	76,62	95,35	31,11	31,40	62,51
2293	Operation einer Steißbeinfistel *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	25,54	31,78	7,78	9,20	16,98
2294	Steißbeinresektion	38,24	47,59	15,66	12,50	28,16
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,96	39,77	7,78	15,90	23,68

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	11,77	22,50	34,27
2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfuß-osteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296 *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	81,45	101,36	15,66	60,60	76,26
VI. Frakturbehandlung						
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase ein-schließlich Tamponade - ggf. einschließlich Wundverband -	13,05	16,23	0,00	5,50	5,50
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens - ggf. einschließlich Wundverband -	15,67	19,50	0,00	6,70	6,70
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	52,25	65,02	0,00	13,70	13,70
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	52,25	65,02	0,00	15,90	15,90
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	10,49	13,06	0 [1]	4,10	4,10
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins - einschließlich Nagelung und/oder Drahtung -	39,14	48,70	23,33	12,50	35,83
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	15,67	19,50	0,00	4,90	4,90
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	32,65	40,63	0,00	5,80	5,80
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	23,54	29,29	0,00	4,90	4,90
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	32,65	40,63	0,00	7,60	7,60
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkel-knochens	52,25	65,02	0,00	9,20	9,20
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	15,67	19,50	0,00	3,60	3,60
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbel-körpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	172,56	214,74	38,89	56,10	94,99
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	255,39	317,82	46,78	67,70	114,48
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	193,27	240,51	38,89	95,70	134,59

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
[1] Selbstkosten						
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	32,65	40,63	0,00	4,10	4,10
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial -	44,87	55,83	23,33	6,90	30,23
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	5,25	6,53	0,00	2,60	2,60
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedern der Fingerknochen	10,49	13,06	0,00	4,90	4,90
2338 a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -	12,77	15,89	7,78	2,90	10,68
2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen 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	38,24	47,59	15,66	9,20	24,86
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation	76,62	95,35	23,33	20,90	44,23
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	63,78	79,37	31,11	18,60	49,71
2346	Beck'sche Bohrung	19,19	23,88	5,47	5,80	11,27
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 gebrochenen großen Röhrenknochens *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	31,11	20,90	52,01
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	114,58	142,59	31,11	43,90	75,01
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	102,16	127,13	31,11	38,20	69,31

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	153,23	190,69	31,11	60,60	91,71
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/ oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen - 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 *Die Stellschraubenentfernung ist nach Nr. 2353 zu berechnen. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	63,78	79,37	23,33	19,00	42,33
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	23,33	20,30	43,63
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*	102,16	127,13	31,11	31,80	62,91
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	191,20	237,93	54,34	56,10	110,44
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	144,95	180,38	38,89	56,10	94,99

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

2380	Überpflanzung von Epidermisstücken *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	21,40	26,63	5,47	6,40	11,87
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*	69,02	85,90	15,66	27,10	42,76
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	11,77	12,50	24,27

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	82,83	103,08	15,66	27,10	42,76
2386	Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	47,49	59,10	7,78	12,50	20,28
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	91,80	114,24	15,66	27,10	42,76
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	103,54	128,85	15,66	32,70	48,36
2392	Anlage eines Rundstiellappens *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	62,12	77,31	7,78	18,60	26,38
2392 a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	69,02	85,90	23,33	27,10	50,43
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	12,50	20,28
2394	Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	151,85	188,97	15,66	60,60	76,26
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	172,56	214,74	23,33	60,60	83,93
2396	Implantation eines Hautexpanders *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	62,12	77,31	15,66	30,90	46,56
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	41,41	51,54	15,66	20,50	36,16
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	7,66	9,53	5,47	2,60	8,07
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	9,18	11,42	5,47	3,60	9,07
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*	25,54	31,78	7,78	9,20	16,98
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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom) Operationsbericht und histologischer Be-fund 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 - ggf. einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	159,45	198,42	38,89	50,40	89,29
2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	75,93	94,49	23,33	26,10	49,43
2410	Operation eines Mammatumors *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,01	63,48	7,78	9,60	17,38
2411	Absetzen einer Brustdrüse	63,78	79,37	23,33	9,60	32,93
2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	96,63	120,26	31,11	32,70	63,81
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	159,45	198,42	31,11	50,40	81,51
2414	Reduktionsplastik der Mamma	193,27	240,51	31,11	64,70	95,81
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebe-plastik - ggf. einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	138,05	171,79	31,11	53,90	85,01
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation - ggf. einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	207,07	257,69	31,11	64,70	95,81
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	55,22	68,72	15,66	18,00	33,66
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	55,22	68,72	15,66	18,00	33,66
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*	82,83	103,08	15,66	27,10	42,76
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	75,93	94,49	15,66	27,10	42,76
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	41,41	51,54	7,78	20,50	28,28

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungs-inzision(en) - auch mit Drainage(n) -	27,61	34,36	5,47	9,80	15,27
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	5,52	6,87	0,00	2,60	2,60
2429	Eröffnungen disseminierter Abszessbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	15,19	18,90	0,00	6,50	6,50
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,91	26,03	0,00	8,30	8,30
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	26,16	32,55	0,00	9,20	9,20
2432	Eröffnung einer Phlegmone	32,65	40,63	0,00	9,20	9,20
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	55,22	68,72	7,78	18,00	25,78
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	27,61	34,36	7,78	9,80	17,58
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	62,12	77,31	15,66	22,50	38,16
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	55,22	68,72	15,66	18,00	33,66
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	20,71	25,77	5,47	7,60	13,07
2450	Operation des Rhinophyms	41,41	51,54	7,78	17,60	25,38
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie -	172,56	214,74	23,33	56,10	79,43
2452	Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes -	96,63	120,26	23,33	32,70	56,03
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	138,05	171,79	31,11	53,90	85,01
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	63,78	79,37	15,66	9,60	25,26

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
VIII. Neurochirurgie						
2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	127,70	158,91	22,60	53,90	76,50
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfrak-tur des Schädels - einschließlich Reimplantation von Knochenstücken -	213,98	266,28	22,60	64,70	87,30
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	189,82	236,22	15,03	56,10	71,13
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom	362,38	450,96	15,03	161,90	176,93
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura-und/oder Kopfschwartenplastik	310,61	386,54	22,60	152,40	175,00
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	207,07	257,69	15,03	64,70	79,73
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	258,84	322,11	15,03	66,90	81,93
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) - ggf. einschließlich Drainage -	124,24	154,61	15,03	53,90	68,93
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	310,61	386,54	22,60	152,40	175,00
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	258,84	322,11	22,60	67,70	90,30
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	276,10	343,59	15,03	117,30	132,33
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	69,02	85,90	15,03	31,40	46,43
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	103,54	128,85	15,03	38,50	53,53
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn - einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels -	155,30	193,27	22,60	60,60	83,20
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	186,37	231,92	22,60	60,60	83,20
2519	Trepanation bei Kraniostenose	155,30	193,27	15,03	60,60	75,63
2525	Operation der prämaturen Schädelnahtsynostose (Kra-niostenose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	276,10	343,59	15,03	117,30	132,33
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	258,84	322,11	22,60	117,30	139,90
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappen-resektion	362,38	450,96	22,60	161,90	184,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors	517,68	644,23	22,60	116,70	139,30
2529	Operation einer intrakranialen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	552,20	687,18	22,60	116,70	139,30
2530	Intrakraniale Embolektomie	517,68	644,23	22,60	116,70	139,30
2531	Intrakraniale Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	517,68	644,23	22,60	116,70	139,30
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	414,15	515,38	22,60	176,00	198,60
2536	Resektion eines Gehirnlappens	310,61	386,54	22,60	152,40	175,00
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	431,40	536,86	22,60	176,00	198,60
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	258,84	322,11	15,03	117,30	132,33
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	431,40	536,86	22,60	176,00	198,60
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	310,61	386,54	22,60	152,40	175,00
2541	Ventrikulozisternostomie	310,61	386,54	22,60	152,40	175,00
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	124,24	154,61	15,03	53,90	68,93
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	345,12	429,49	45,30	152,40	197,70
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	517,68	644,23	45,30	198,40	243,70
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	431,40	536,86	45,30	176,00	221,30
2553	Intrakraniale Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschluß	414,15	515,38	45,30	176,00	221,30
2554	Plastischer Verschluß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung	124,24	154,61	15,03	53,90	68,93
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	102,16	127,13	38,89	28,30	67,19
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	127,70	158,91	38,89	34,30	73,19
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -	165,66	206,15	46,78	41,10	87,88
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	258,84	322,11	30,27	117,30	147,57

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation	318,89	396,84	30,27	152,40	182,67
2562	Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 - ggf. einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern -	155,30	193,27	0,00	31,00	31,00
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	159,45	198,42	22,60	60,60	83,20
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	331,32	412,31	22,60	152,40	175,00
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - ggf. einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	283,00	352,18	22,60	117,30	139,90
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich - ggf. einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283-	207,07	257,69	22,60	73,20	95,80
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - ggf. einschließlich Implantation des Empfangsgerätes - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	310,61	386,54	15,03	152,40	167,43
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschluß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	182,91	227,63	15,03	56,10	71,13
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik	222,95	277,45	22,60	73,20	95,80
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	34,51	42,95	15,03	9,10	24,13
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	189,82	236,22	30,27	61,60	91,87
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	241,59	300,64	30,27	66,10	96,37
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	310,61	386,54	30,27	152,40	182,67
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	276,10	343,59	30,27	117,30	147,57
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	7,67	10,40	18,07

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminusastes	63,78	79,37	15,03	22,50	37,53
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	124,24	154,61	22,60	53,90	76,50
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,03	22,50	37,53
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	22,60	32,70	55,30
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/ Armbereich	179,46	223,33	15,03	60,60	75,63
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung -einschließlich Wundversorgung- *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	93,18	115,96	15,03	28,50	43,53
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	127,70	158,91	15,03	53,90	68,93
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	144,95	180,38	15,03	56,10	71,13
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582) *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	165,66	206,15	22,60	60,60	83,20
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präpara-tion und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie -	207,07	257,69	22,60	73,20	95,80
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenple-xus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht	414,15	515,38	30,27	176,00	206,27
2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung	124,24	154,61	15,03	54,20	69,23
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung	191,20	237,93	22,60	61,60	84,20
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	207,07	257,69	15,03	73,20	88,23
2595	Nervenpfropfung	110,44	137,44	15,03	32,70	47,73
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	165,66	206,15	22,60	60,60	83,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	48,32	60,13	7,67	17,10	24,77
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	96,63	120,26	7,67	32,70	40,37
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	15,53	19,33	7,67	6,40	14,07
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	103,54	128,85	15,03	38,50	53,53
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	69,02	85,90	15,03	22,50	37,53
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenz-strangresektion	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	207,07	257,69	15,03	73,20	88,23
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie						
2620	Operation der isolierten Lippenspalte	51,77	64,42	15,66	25,60	41,26
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	103,54	128,85	75,46	51,30	126,76
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -	621,22	773,07	77,79	307,90	385,69
2625	Verschluß des weichen oder harten Gaumens oder Verschluß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	86,28	107,37	23,33	42,70	66,03
2626	Velopharyngoplastik	172,56	214,74	7,78	85,50	93,28
2627	Verschluß des harten und weichen Gaumens	138,05	171,79	31,11	68,50	99,61
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik -	414,15	515,38	46,78	205,30	252,08
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	82,83	103,08	15,66	41,00	56,66
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	127,70	158,91	15,66	63,30	78,96
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	51,08	63,56	7,78	25,30	33,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	37,96	47,24	7,78	18,80	26,58
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*	65,57	81,60	7,78	32,60	40,38
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahn-ten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	42,80	53,26	7,78	21,30	29,08
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*	52,46	65,28	7,78	26,00	33,78
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahn-ten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	34,51	42,95	7,78	17,10	24,88
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	27,61	34,36	7,78	13,70	21,48
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	34,51	42,95	11,77	17,10	28,87
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*	20,71	25,77	11,77	10,30	22,07
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	58,67	73,01	11,77	29,10	40,87
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	151,85	188,97	11,77	75,30	87,07
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	48,32	60,13	11,77	24,00	35,77
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	6,90	8,59	0,00	3,50	3,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	27,61	34,36	0,00	13,70	13,70
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	96,63	120,26	11,77	47,80	59,57
2685	Reposition eines Zahnes	13,80	17,18	5,47	6,80	12,27
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	20,71	25,77	7,78	10,30	18,08
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Oberoder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	89,73	111,67	0,00	13,80	13,80
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	51,77	64,42	7,78	25,60	33,38
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	69,02	85,90	15,66	34,20	49,86
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	248,49	309,23	23,33	123,10	146,43
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthe-se bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich - ggf. ein-schließ-lich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	103,54	128,85	15,66	51,30	66,96
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	82,83	103,08	7,78	41,00	48,78
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	31,06	38,65	7,78	15,40	23,18
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraund extraorale Schienenverbände und Stützapparate *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	186,37	231,92	7,78	92,40	100,18
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	34,51	42,95	5,47	17,10	22,57
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder der-gleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	24,16	30,06	0,00	12,00	12,00
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	103,54	128,85	0,00	51,30	51,30
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	151,85	188,97	0,00	75,30	75,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	24,16	30,06	0,00	12,00	12,00
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrich-tungen, einer Verbands- oder Verschlußplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	124,24	154,61	0,00	61,60	61,60
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer	20,71	25,77	0,00	10,30	10,30
2705	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	117,34	146,02	7,78	58,10	65,88
2706	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese -	89,73	111,67	11,77	44,50	56,27
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	75,93	94,49	11,77	37,60	49,37
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	51,77	64,42	7,78	25,60	33,38
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	207,07	257,69	38,89	102,60	141,49
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und ggf. Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	138,05	171,79	15,66	68,50	84,16
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und ggf. Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	345,12	429,49	38,89	171,10	209,99
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingrif-fen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	55,22	68,72	11,77	27,40	39,17
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	34,51	42,95	11,77	17,10	28,87
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	138,05	171,79	15,66	68,50	84,16

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
X. Halschirurgie						
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	76,62	95,35	15,03	33,80	48,83
2751	Tracheotomie *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	38,24	47,59	15,03	8,80	23,83
2752	Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste - ggf. einschließlich Teilresektion des Zungenbeins -	93,18	115,96	22,60	28,50	51,10
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	114,58	142,59	22,60	33,80	56,40
2754	Operation einer Kiemengangfistel	114,58	142,59	22,60	28,30	50,90
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	127,70	158,91	22,60	35,90	58,50
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	151,85	188,97	22,60	47,10	69,70
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsenge-schwulst - einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und ggf. der Nachbarorgane -	255,39	317,82	30,27	62,80	93,07
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung	82,83	103,08	22,60	28,50	51,10
XI. Gefäßchirurgie						
<u>1. Allgemeine Verrichtungen</u>						
2800	Venaesectio *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	18,98	23,62	7,67	7,20	14,87
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	44,87	102,84	7,67	12,40	20,07
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	153,23	190,69	22,60	47,10	69,70
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	17,46	21,73	0,00	7,20	7,20
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	24,16	30,06	0,00	8,80	8,80
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	51,01	63,48	15,03	15,90	30,93
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	27,61	34,36	15,03	8,80	23,83
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen - einschließlich Wundversorgung -	51,08	63,56	15,66	15,90	31,56

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavare-sektion und Ersatz durch eine Venenprothese) - ggf. einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel -	345,12	429,49	116,57	171,10	287,67
2. Arterienchirurgie						
2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	216,74	269,72	15,03	73,20	88,23
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	289,90	360,77	15,03	117,90	132,93
2822	Rekonstruktive Operation einer Armarterie	158,76	197,56	15,03	47,20	62,23
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	127,70	158,91	15,03	33,80	48,83
	Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445					
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer ande-ren abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschluß	207,07	257,69	45,30	64,70	110,00
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	448,66	558,33	45,30	176,00	221,30
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	448,66	558,33	45,30	176,00	221,30
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	517,68	644,23	45,30	198,40	243,70
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßver-letzung durch direkte Naht	207,07	257,69	22,60	64,70	87,30
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßver-letzung durch Gefäßersatz	358,93	446,66	30,27	161,90	192,17
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschluß	310,61	386,54	45,30	152,40	197,70
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	345,12	429,49	45,30	161,90	207,20
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	345,12	429,49	45,30	161,90	207,20
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	296,80	369,36	45,30	152,40	197,70
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	207,07	257,69	45,30	64,70	110,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels - auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung -	207,07	257,69	22,60	64,70	87,30
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	138,05	171,79	22,60	56,10	78,70
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	255,39	317,82	15,03	117,30	132,33
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	255,39	317,82	15,03	117,30	132,33
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	379,63	472,43	22,60	161,90	184,50
	3. Venenchirurgie					
2880	Inzision eines Varixknotens	10,22	12,71	0,00	7,20	7,20
2881	Varizenexhairese, einseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	15,03	27,80	42,83
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	127,70	158,91	15,03	47,10	62,13
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	82,83	103,08	15,66	27,80	43,46
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	76,62	95,35	15,03	27,80	42,83
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	191,20	237,93	15,03	56,10	71,13
2887	Thrombektomie	138,05	171,79	15,03	47,10	62,13
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts	216,74	269,72	15,03	73,20	88,23
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts	255,39	317,82	15,03	117,30	132,33
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	24,16	30,06	7,78	8,80	16,58
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - ggf. einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel -	207,07	257,69	54,34	64,70	119,04
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	144,95	180,38	15,03	47,10	62,13

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	82,83	103,08	15,03	27,80	42,83
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	103,54	128,85	15,03	38,50	53,53
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	153,23	190,69	15,03	47,10	62,13
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion	216,74	269,72	30,27	73,20	103,47
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	255,39	317,82	45,30	78,40	123,70
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisation	318,89	396,84	45,30	152,40	197,70
4. Sympathikuschirurgie						
2920	Thorakale Sympathektomie	135,05	171,79	15,03	56,10	71,13
2921	Lumbale Sympathektomie	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
XII. Thoraxchirurgie						
2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	51,01	63,48	15,03	17,10	32,13
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung	76,62	95,35	15,30	27,80	42,83
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	76,62	95,35	15,30	27,80	42,83
2953	Thorakoplastik	216,74	269,72	22,60	73,20	95,80
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung - auch Jalousieplastik -	318,89	396,84	22,60	152,40	175,00
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung - ggf. einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	345,12	429,49	30,27	162,30	192,57
2956	Brustwandteilresektion	144,95	180,38	22,60	56,10	78,70
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	207,07	257,69	22,60	64,70	87,30
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung - ggf. einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	352,02	438,07	22,60	162,30	184,90
2960	Operation einer Brustkorbdeformität (z. B. Trichterbrust)	207,07	257,69	22,60	64,70	87,30
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülau'sche Heberdrainage)	38,24	47,59	7,67	12,50	20,17

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage - ggf. einschließlich Einbringung von Arzneimitteln -	10,22	12,71	0,00	6,00	6,00
2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	45,97	57,21	15,03	19,30	34,33
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	153,23	190,69	22,60	56,10	78,70
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	216,74	269,72	45,30	73,20	118,50
2975	Dekortikation der Lunge	331,32	412,31	45,30	152,40	197,70
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	138,05	171,79	22,60	56,10	78,70
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	51,01	63,48	15,03	18,00	33,03
2979	Operative Entfernung eines Pleuraempyems - ggf. einschließlich Rippenresektion(en) -	76,62	95,35	15,03	27,80	42,83
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	153,23	190,69	22,60	56,10	78,70
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	76,62	95,35	15,03	27,80	42,83
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung	89,04	110,81	15,03	28,50	43,53
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen	102,16	127,13	15,03	38,50	53,53
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)	191,20	237,93	22,60	56,10	78,70
2995	Lob- oder Pneumonektomie	216,74	269,72	45,30	84,00	129,30
2996	Lungensegmentresektion(en)	276,10	343,59	45,30	117,30	162,60
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	352,02	438,07	45,30	162,30	207,60
2998	Bilobektomie	331,32	412,31	45,30	152,40	197,70
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	386,54	481,02	45,30	176,00	221,30
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	191,20	237,93	22,60	56,10	78,70
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	400,34	498,20	45,30	176,00	221,30
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	331,32	412,31	45,30	152,40	197,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3010	Sternotomie, als selbständige Leistung	76,62	95,35	15,03	27,80	42,83
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	276,10	343,59	30,27	117,30	147,57
3012	Drainage des Mediastinums	38,24	47,59	7,67	12,40	20,07
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	276,10	343,59	45,30	117,30	162,60
XIII. Herzchirurgie						
3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorpora-len Zirkulation	127,70	158,91	22,60	53,90	76,50
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	89,04	110,81	0,00	28,50	28,50
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	76,62	95,35	0,00	24,30	24,30
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	76,62	95,35	0,00	24,30	24,30
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	127,70	158,91	15,03	53,90	68,93
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde *Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.*	38,24	47,59	0,00	12,50	12,50
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	38,24	47,59	0,00	12,50	12,50
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	138,05	171,79	22,60	56,10	78,70
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	216,74	269,72	30,27	73,20	103,47
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	102,16	127,13	22,60	38,50	61,10
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	216,74	269,72	22,60	73,20	95,80
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3071	Naht einer Myokardverletzung	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3072	Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3073	Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) - auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlmündung -	276,10	343,59	37,73	117,30	155,03

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenen-fehlmündung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	448,66	558,33	45,30	176,00	221,30
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß - auch Thromb- oder Embolektomie -	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels	331,32	412,31	45,30	152,40	197,70
3077	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheide-wanddefektes mittels direkter Naht	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3078	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheide-wanddefektes mittels Prothese	276,10	343,59	37,73	117,30	155,03
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	207,07	257,69	37,73	64,70	102,43
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	227,78	283,46	7,57	117,30	124,87
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	216,74	269,72	37,73	73,20	110,93
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	386,54	481,02	37,73	176,00	213,73
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	517,68	644,23	45,30	198,40	243,70
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	386,54	481,02	45,30	176,00	221,30
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	517,68	644,23	45,30	198,40	243,70
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	276,10	343,59	30,27	117,30	147,57
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhyth-musstörungen - ausschließlich der Schritt-macherbehandlung -)	310,61	386,54	15,66	154,00	169,66
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	191,20	237,93	22,60	56,10	78,70
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	76,62	95,35	15,03	24,30	39,33
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff - auch Implantation von myokardialen Elektroden - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	191,20	237,93	15,03	56,10	71,13

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,71	25,77	0,00	8,80	8,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	34,51	42,95	0,00	8,80	8,80
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	25,88	32,21	0,00	8,80	8,80
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	76,62	95,35	30,27	24,20	54,47
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	276,10	343,59	45,30	117,30	162,60
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	345,12	429,49	45,30	152,40	197,70
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	207,07	257,69	45,30	64,70	110,00
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	207,07	257,69	45,30	64,70	110,00
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominal-thorakalem Zugang	345,12	429,49	45,30	152,40	197,70
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken - ggf. einschließlich Gewebeentnahme -	76,62	95,35	22,60	31,40	54,00
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	76,62	95,35	15,03	31,40	46,43
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	76,62	95,35	22,60	31,40	54,00
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	110,44	137,44	37,73	38,50	76,23
3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	191,20	237,93	46,78	72,80	119,58
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes -	131,15	163,20	38,89	48,90	87,79
3145	Teilresektion des Magens	191,20	237,93	45,30	72,80	118,10
3146	Kardiaresektion	276,10	343,59	45,30	117,30	162,60
3147	Totale Magenentfernung	331,32	412,31	45,30	152,40	197,70
3148	Resektion des Ulcus pepticum	276,10	343,59	45,30	117,30	162,60
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	362,38	450,96	45,30	162,30	207,60
3150	Gastrotomie	110,44	137,44	22,60	38,50	61,10
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	186,37	231,92	45,30	56,10	101,40
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	131,15	163,20	22,60	48,90	71,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3153	Pyloroplastik	207,07	257,69	15,03	64,70	79,73
3154	Vagotomie am Magen	207,07	257,69	15,03	64,70	79,73
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserweiterung ein-schließlich Plastik)	310,61	386,54	15,03	152,40	167,43
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	31,06	38,65	0,00	8,80	8,80
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	318,89	396,84	45,30	152,40	197,70
3158	Gastroenterostomie	153,23	190,69	45,30	56,10	101,40
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	276,10	343,59	30,27	117,30	147,57
3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	207,07	257,69	22,60	64,70	87,30
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet -auch mit Teilresektion-	153,23	190,69	22,60	58,20	80,80
3168	Jejuno-Zökostomie	179,46	223,33	22,60	58,20	80,80
3169	Teilresektion des Kolons - auch mit Anastomose -	258,84	322,11	22,60	117,30	139,90
3170	Kolektomie, auch subtotal - mit Ileostomie -	362,38	450,96	22,60	162,30	184,90
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darmin-vagination	172,56	214,74	22,60	60,60	83,20
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	110,44	137,44	22,60	32,70	55,30
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	102,16	127,13	22,60	38,50	61,10
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	186,37	231,92	22,60	58,40	81,00
3175	Operation des Mekoniumileus	186,37	231,92	22,60	58,40	81,00
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	241,59	300,64	22,60	73,20	95,80
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	345,12	429,49	22,60	152,50	175,10
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	276,12	343,59	22,60	117,30	139,90
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm - ggf. einschließlich vom Dickdarm - mit Anastomose	241,59	300,64	45,30	71,20	116,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	448,66	558,33	45,30	176,00	221,30
3184	Lebertransplantation	517,68	644,23	116,57	256,50	373,07
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	207,07	257,69	45,30	64,70	110,00
3186	Exstirpation der Gallenblase	172,56	214,74	45,30	60,60	105,90
3187	Operation an den Gallengängen - ggf. einschließlich Exstirpation der Gallenblase	224,33	279,17	45,30	71,20	116,50
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	289,90	360,77	45,30	117,30	162,60
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	276,10	343,59	45,30	117,30	162,60
3190	Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums	186,37	231,92	22,60	56,10	78,70
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	138,05	171,79	22,60	65,60	88,20
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes	255,39	317,82	45,30	71,20	116,50
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	318,89	396,84	45,30	152,50	197,80
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	153,23	190,69	45,30	72,80	118,10
3197	Resektion des ganzen Pankreas	318,89	396,84	45,30	152,50	197,80
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	345,12	429,49	45,30	152,50	197,80
3199	Milzexstirpation	153,23	190,69	22,60	72,80	95,40
3200	Appendektomie	102,16	127,13	22,60	31,40	54,00
3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darm-trakt - ggf. einschließlich Resektion und Anastomose -	207,07	257,69	77,79	102,60	180,39
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. Duodenum-Dünn-darm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	155,30	193,27	15,03	72,80	87,83
3206	Enterostomie - auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) -	155,30	193,27	22,60	72,80	95,40
3207	Anlegen eines Anus praeter	102,16	127,13	22,60	31,40	54,00
3208	Verschlußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	86,28	107,37	22,60	28,50	51,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3209	Verschlußoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	120,79	150,32	22,60	35,00	57,60
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	138,05	171,79	22,60	56,10	78,70
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	8,28	10,31	0,00	1,30	1,30
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	10,35	12,88	0,00	4,10	4,10
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarm-verschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	82,83	103,08	15,03	28,50	43,53
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation	258,84	322,11	22,60	117,30	139,90
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	186,37	231,92	22,60	56,10	78,70
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmrisses	19,19	23,88	7,67	7,60	15,27
3220	Operation submuköser Mastdarmfisteln *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442*	20,71	25,77	7,67	9,60	17,27
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmfisteln	25,54	31,78	7,67	9,60	17,27
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmfistel - auch ihres verzweigten Gangsystems -	48,32	60,13	15,03	18,90	33,93
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel - auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems -	58,67	73,01	15,03	20,10	35,13
3224	Peranale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht -	79,38	98,78	15,66	30,70	46,36
3226	Peranale operative Entfernung einer Mastdarm-geschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) - einschließlich Naht -	241,59	300,64	23,33	73,20	96,53
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	8,28	10,31	0,00	2,70	2,70
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	79,38	98,78	15,03	30,70	45,73
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	153,23	190,69	22,60	56,10	78,70
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus - auch mit Kreuzbeinschnitt -	193,27	240,51	22,60	56,10	78,10
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Megacolon congenitum) - auch mit Kolostomie -	241,59	300,64	22,60	73,20	95,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	345,12	429,49	22,60	152,50	175,10
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	7,66	9,53	0,00	2,70	2,70
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung	25,54	31,78	7,67	9,60	17,27
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm *Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.*	12,77	15,89	0,00	4,30	4,30
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels	124,24	154,61	22,60	33,80	56,40
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	38,24	47,59	7,67	12,50	20,17
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan/Morgan) - auch mit Analplastik - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	63,78	79,37	15,03	18,00	33,03
XV. Hernienchirurgie						
3280	Operation einer Diaphragmahernie	191,20	237,93	46,78	72,80	119,58
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	155,30	193,27	46,78	72,80	119,58
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	15,32	19,07	0,00	6,50	6,50
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444*	76,62	95,35	23,33	21,60	44,93
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik - auch mit Darmresektion - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	172,56	214,74	46,78	72,80	119,58
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	89,04	110,81	31,11	23,60	54,71
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches - ggf. mit Darmresektion - *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445*	138,05	171,79	46,78	56,10	102,88
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	172,56	214,74	15,66	72,80	88,46
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	155,30	193,27	31,11	72,80	103,91

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen						
3300	Arthroskopie - ggf. mit Probeexzision - als diagnostische Maßnahme *Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443*	34,51	42,95	154,83 [1]	23,10	177,93
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	32,65	40,63	0,00	5,70	5,70
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	15,67	19,50	0,00	3,60	3,60
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	2,55	3,18	0,00	1,30	1,30
3306	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule und an den Extremitäten	10,22	12,71	0,00	2,60	2,60
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	5,25	6,53	3,89	2,30	6,19
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	10,49	13,06	9,46	4,90	14,36
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	13,05	16,23	21,65	5,80	27,45
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	20,91	26,03	24,18	5,80	29,98
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	26,16	32,55	28,70	6,90	35,60
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	32,65	40,63	42,78	6,90	49,68
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	52,25	65,02	42,78	6,90	49,68
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	65,30	81,26	56,97	11,30	68,27

[1] Soweit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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.*	6,56	8,16	0,00	1,90	1,90
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)	10,49	13,06	0,00	2,60	2,60

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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.

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.

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					
3505	Leukozyten					
3506	Thrombozyten					
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, ggf. 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urintest-streifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwen-dung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung *Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leis-tung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berech-nungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Unter-suchung in der Rechnung anzugeben.*	3,45	3,45	0,00	1,50	1,50
Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je		4,83	4,83	0,00	2,20	2,20
	Katalog					
3512	Alpha-Amylase					
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)					
3514	Glukose					
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)					
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)					
3517	Hämoglobin					
3518	Harnsäure					
3519	Kalium					
3520	Kreatinin					
3521	Lipase					
Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße		6,90	6,90	0,00	3,10	3,10
	Katalog					
3523	Antistreptolysin (ASL)					
3524	C-reaktives Protein (CRP)					
3525	Mononukleosetest					
3526	Rheumafaktor (RF)					
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	8,97	8,97	0,00	4,00	4,00
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 Urin-sediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -	6,21	6,21	0,00	2,80	2,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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 zubeachten.

	Höchstwerte					
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, elektronisch-zytometrisch, 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 (HbA_1, HbA_{1c})	13,80	13,80	0,00	6,10	6,10
3562 H1	Cholesterin	2,76	2,76	0,00	1,20	1,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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 - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungs-methoden,je Immunglobulin	10,35	10,35	0,00	4,60	4,60
3572	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - ggf. einschließ-lich Doppelestimmung 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

5. 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 H1	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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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 (Gamma-Glutamyltransferase, 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, Alanin-aminotransferase, 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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	43,00	43,00
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 morphologischer 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, 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 - einschließlich 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 Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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), Sauerstoffaufnahme (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 Mehrfachmarkierung), 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 Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, 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	11,00	11,00
3700	Tumorstammzellenassay - ggf. auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatikasensibilität	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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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 - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsme-thoden,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 - ggf. 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 - ggf. 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 - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	13,80	13,80	0,00	6,10	6,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3742	Ferritin, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay -ggf. 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), Immundiffusion 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 Untersuchungsmethoden, 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 - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion 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 - ggf. 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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), Liganden-assay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3766 .H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließ-lich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromato-graphischen Untersuchungsverfahren	24,85	24,85	0,00	11,00	11,00
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), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	15,19	15,19	0,00	6,80	6,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	8,28	8,28	0,00	3,70	3,70
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Liganden-assay - ggf. 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-Phosphat-Dehydrogenase, 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 - ggf. 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 - ggf. 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 Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90

Katalog Antikörper gegen

3805 H2 Basalmembran (GBM)
3806 H2 Centromerregion
3807 H2 Endomysium
3808 H2 Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)
3809 H2 Glatte Muskulatur (SMA)
3811 H2 Haut (AHA, BMA und ICS)
3812 H2 Herzmuskulatur (HMA)
3813 H2 Kerne (ANA)
3814 H2 Kollagen
3815 H2 Langerhans-Inseln (ICA)
3816 H2 Mikrosomen (Thyroperoxidase)

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3817 H2	Mikrosomen (Leber, Niere)					
3818 H2	Mitochondrien (AMA)					
3819 H2	nDNA					
3820 H2	Nebenniere					
3821 H2	Parietalzellen (PCA)					
3822 H2	Skelettmuskulatur (SkMA)					
3823 H2	Speichelgangepithel					
3824 H2	Spermien					
3825 H2	Thyreoglobulin					
3826 H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)					
3827 H2	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenz-untersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		35,20	35,20	0,00	15,70	15,70
Katalog Antikörper gegen						
3832	Basalmembran (GBM)					
3833	Centromerregion					
3834	Endomysium					
3835	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)					
3836	Glatte Muskulatur (SMA)					
3838	Haut (AHA, BMA und ICS)					
3839	Herzmuskulatur (HMA)					
3840	Kerne (ANA)					
3841	Kollagen					
3842	Langerhans-Inseln (ICA)					
3843	Mikrosomen (Thyroperoxidase)					
3844	Mikrosomen (Leber, Niere)					
3845	Mitochondrien (AMA)					
3846	nDNA					
3847	Parietalzellen (PCA)					
3848	Skelettmuskulatur (SkMA)					
3849	Speichelgangepithel					
3850	Spermien					
3852	Thyreoglobulin					
3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)					
3854	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay - ggf. ein-schließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve-, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese		20,71	20,71	0,00	9,20	9,20
Katalog Antikörper gegen						
3857	dDNS					
3858	Histone					
3859	Ribonukleoprotein (RNP)					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3860	Sm-Antigen					
3861	SS-A-Antigen					
3862	SS-B-Antigen					
3863	Scl-70-Antigen					
3864	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay -ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
Katalog Antikörper gegen						
3868	Azetylcholinrezeptoren					
3869	Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion					
3870	Interferon alpha					
3871	Mikrosomen (Thyroperoxydase)					
3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)					
3873	Myeloperoxydase (P-ANCA)					
3874	Proteinase 3 (C-ANCA)					
3875	Spermien					
3876	Thyreoglobulin					
3877	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
3879	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	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	Fc von IgM (Rheumafaktor)					
3885	Thyreoglobulin (Boydentest)					
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		12,42	12,42	0,00	5,50	5,50
Katalog Antikörper gegen						
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)					
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	13,80	13,80	0,00	6,10	6,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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), Misch-allergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Liganden-assay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, bis zu vier Misch-allergenen, je Mischallergen	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
3891	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel-allergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Liganden-assay - ggf. einschließlich oppelbestimmung 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 Mischallergentest 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 mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differen-zierung nach Einzelallergenen - ggf. einschließlich semi-quantitativer 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 mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differen-zierung nach Einzelallergenen - ggf. 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 Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion	75,93	75,93	0,00	33,80	33,80
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quan-titativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließ-lich 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	Ca 125, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
3901 .H3	Ca 15-3, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3902 .H3	Ca 19-9, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20
3903 .H3	Ca 50, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3904 .H3	Ca 72-4, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3905 .H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
3906 .H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3907 .H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbe-stimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3908 .H3	Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20
3909 .H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Liganden-assay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3910 .H3	Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
3911 .H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - ggf. 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 Polymerasekettenreaktion (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 nachfolgender Detektion, je Sonde	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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, quantitativ	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	11,00	11,00
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 Monochlor-essigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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 Doppelbestimmung 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 aktueller Bezugskurve -	33,13	33,13	0,00	14,70	14,70
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	24,85	24,85	0,00	11,00	11,00
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	17,95	17,95	0,00	8,00	8,00
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
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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	11,00	11,00
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-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß 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 TestErythrozyten-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-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	2,07	2,07	0,00	0,90	0,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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. Kälteagglutinine, 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 Fluoreszenzimmun-oassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	24,16	24,16	0,00	10,70	1,70
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leuko-zyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenz-immunoassay (mehr als zwei Titerstufen) 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 Antikörper-klasse 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 *Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.*	24,85	24,85	0,00	11,00	11,00
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 Identitäts-sicherung 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	23,00	23,00
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	207,07	207,07	0,00	92,00	92,00
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	2,07	2,07	0,00	0,90	0,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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	23,00	23,00
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 - ggf. ein-schließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Katalog

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich		24,16	24,16	0,00	10,70	10,70

Katalog

4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron
4036	Androstendion
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)
4039	Östradiol
4040	Progesteron
4041	Prolaktin
4042	Testosteron
4043	Wachstumshormon (HGH)
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		33,13	33,13	0,00	14,70	14,70

Katalog

4045	Aldosteron
4046	C-Peptid
4047	Calcitonin
4048	cAMP
4049	Corticotropin (ACTH)
4050	Erythropoetin
4051	Gastrin
4052	Glukagon
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauteringravidität
4054	Osteocalcin
4055	Oxytocin
4056	Parathormon
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten
4058	Reninkonzentration
4060	Somatomedin
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		51,77	51,77	0,00	23,00	23,00

Katalog

4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)
4067	Parathyroid hormone related peptide
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4069	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
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 Hochdruckflüssigkeits-chromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie	39,34	39,34	0,00	17,50	17,50
Katalog						
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)					
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin					
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)					
4074	Metanephrine					
4075	Serotonin					
4076	Steroidprofil					
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)					
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-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, Schwanger-schaftstest (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 - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	9,66	9,66	0,00	4,30	4,30
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - ggf. einschließ-lich Doppelbestimmung 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), Dünnschicht-chromatographie, 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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	35,00	35,00
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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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 Aldosteron)	132,53	132,53	0,00	58,90	58,90
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	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, Trypsin 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, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	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, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	4,14	4,14	0,00	1,80	1,80
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulen-chromatographisch	39,34	39,34	0,00	17,50	17,50
4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruck-flüssigkeitschromatographie, 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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	23,00	23,00
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung 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					
4142	Vitamin E					
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)					
4145	Vitamin B1					
4146	Vitamin B6					
4147	Vitamin K					
18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen						
Untersuchung mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4150	Amikacin					
4151	Amphetamin					
4152	Azetaminophen					
4153	Barbiturate					
4154	Benzodiazepine					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4155	Cannabinoide					
4156	Carbamazepin					
4157	Chinidin					
4158	Cocainmetabolite					
4160	Desipramin					
4161	Digitoxin					
4162	Digoxin					
4163	Disopyramid					
4164	Ethosuximid					
4165	Flecainid					
4166	Gentamicin					
4167	Lidocain					
4168	Methadon					
4169	Methotrexat					
4170	N-Azetylprocainamid					
4171	Netilmicin					
4172	Opiate					
4173	Phenobarbital					
4174	Phenytoin					
4175	Primidon					
4176	Propaphenon					
4177	Salizylat					
4178	Streptomycin					
4179	Theophyllin					
4180	Tobramicin					
4181	Valproinsäure					
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20,71	20,71	0,00	9,20	9,20
Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich vorhergehender Säulentrennung, ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		48,32	48,32	0,00	21,50	21,50
Katalog						
4186	Amitryptilin					
4187	Imipramin					
4188	Nortriptylin					
Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos		28,30	28,30	0,00	12,60	12,60
Katalog						
4190	Aluminium					
4191	Arsen					
4192	Blei					
4193	Cadmium					
4194	Chrom					
4195	Gold					
4196	Quecksilber					
4197	Thallium					
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeits-chromatographie, je Untersuchung	24,85	24,85	0,00	11,00	11,00
	Katalog					
4199	Amiodarone					
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)					
4201	Chinidin					
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeits-chromatographie, je Untersuchung	31,06	31,06	0,00	13,80	13,80
	Katalog					
4203	Antibiotika					
4204	Antimykotika					
	Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	28,30	28,30	0,00	12,60	12,60
	Katalog					
4206	Valproinsäure					
4207	Ethanol					
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis 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	11,00	11,00
4214	Lithium	4,14	4,14	0,00	1,80	1,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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
4221 Brucellen
4222 Campylobacter
4223 Francisellen
4224 Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ
4225 Leptospiren
4226 Listerien, je Typ
4227 Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)
4228 Salmonellen-H-Antigene
4229 Salmonellen-O-Antigene
4230 Staphylolysin
4231 Streptolysin
4232 Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikro-flockungstest, VDRL-Test)
4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ
4234 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinations-hemmung, Latex-Agglutination)	15,88	15,88	0,00	7,10	7,10

Katalog Antikörper gegen

4235 Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)
4236 Borrelia burgdorferi
4237 Brucellen
4238 Campylobacter
4239 Francisellen
4240 Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ
4241 Leptospiren
4242 Listerien, je Typ
4243 Rickettsien
4244 Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen
4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen
4246 Staphylolysin
4247 Streptolysin
4248 Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungs-test, VDRL-Test)
4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ
4250 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immun-fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
	Katalog Antikörper gegen					
4251	Bordetella pertussis					
4252	Borrelia burgdorferi					
4253	Chlamydia trachomatis					
4254	Coxiella burneti					
4255	Legionella pneumophila					
4256	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)					
4257	Mycoplasma pneumoniae					
4258	Rickettsien					
4259	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)					
4260	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)					
4261	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immun-fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70
	Katalog Antikörper gegen					
4263	Bordetella pertussis					
4264	Borrelia burgdorferi					
4265	Chlamydia trachomatis					
4266	Coxiella burneti					
4267	Legionella pneumophila					
4268	Mycoplasma pneumoniae					
4269	Rickettsien					
4270	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)					
4271	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)					
4272	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immun-fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	55,22	55,22	0,00	24,50	24,50
	Katalog Antikörper gegen					
4273	Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABS-Test)					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplement-bindungsreaktion (KBR)	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
	Katalog Antikörper gegen					
4275	Campylobacter					
4276	Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)					
4277	Chlamydia trachomatis					
4278	Coxiella burneti					
4279	Gonokokken					
4280	Leptospiren					
4281	Listerien					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4282	Mycoplasma pneumoniae					
4283	Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)					
4284	Yersinien					
4285	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		24,16	24,16	0,00	10,70	10,70
Katalog Antikörper gegen						
4286	Borrelia burgdorferi					
4287	Campylobacter					
4288	Coxiella burneti					
4289	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)					
4290	Mycoplasma pneumoniae					
4291	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					
Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden						
Katalog						
4293	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Unter-suchungsmethoden	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 (Antistrepto-dornase, ADNAse B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12,42	12,42	0,00	5,50	5,50
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistrepto-dornase, 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

<u>20. Antikörper gegen Virusantigene</u>

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-		6,21	6,21	0,00	2,80	2,80
Katalog Antikörper gegen						
4300	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)					
4301	Röteln-Virus					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4302	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations-reaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-	16,57	16,57	0,00	7,40	7,40
	Katalog Antikörper gegen					
4305	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)					
4306	Röteln-Virus					
4307	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
	Katalog Antikörper gegen					
4310	Adenoviren					
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)					
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)					
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)					
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus					
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted					
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)					
4317	FSME-Virus					
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)					
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)					
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)					
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)					
4322	HIV 1					
4323	HIV 2					
4324	Influenza A-Virus					
4325	Influenza B-Virus					
4327	Masern-Virus					
4328	Mumps-Virus					
4329	Parainfluenza-Virus 1					
4330	Parainfluenza-Virus 2					
4331	Parainfluenza-Virus 3					
4332	Respiratory syncytial virus					
4333	Tollwut-Virus					
4334	Varizella-Zoster-Virus					
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immun-fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70
	Katalog Antikörper gegen					
4337	Adenoviren					
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)					
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)					
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)					
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted					
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)					
4344	FSME-Virus					
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)					
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)					
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)					
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)					
4349	HIV 1					
4350	HIV 2					
4351	Influenza A-Virus					
4352	Influenza B-Virus					
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus					
4354	Masern-Virus					
4355	Mumps-Virus					
4356	Parainfluenza-Virus 1					
4357	Parainfluenza-Virus 2					
4358	Parainfluenza-Virus 3					
4359	Respiratory syncytial virus					
4360	Röteln-Virus					
4361	Tollwut-Virus					
4362	Varizella-Zoster-Virus					
4363	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
	Katalog Antikörper gegen					
4365	Adenoviren					
4366	Coronaviren					
4367	Influenza A-Virus					
4368	Influenza B-Virus					
4369	Influenza C-Virus					
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus					
4371	Parainfluenza-Virus 1					
4371 a	Parainfluenza-Virus 2					
4372	Parainfluenza-Virus 3					
4373	Polyomaviren					
4374	Reoviren					
4375	Respiratory syncytial virus					
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	16,57	16,57	0,00	7,40	7,40
	Katalog Antikörper gegen					
4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)					
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)					
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)					
4381	HBs-Antigen					
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)					
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)					
4385	Masern-Virus (IgG und IgM)					
4386	Mumps-Virus (IgG und IgM)					
4387	Röteln-Virus (IgG und IgM)					
4388	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)					
4389	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		20,71	20,71	0,00	9,20	9,20
Katalog Antikörper gegen						
4390	Cytomegalie-Virus (IgM)					
4391	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)					
4392	FSME-Virus (IgM)					
4393	HBc-Antigen (IgG und IgM)					
4394	Herpes simplex-Virus (IgM)					
4395	HIV					
4396	Masern-Virus (IgM)					
4397	Mumps-Virus (IgM)					
4398	Röteln-Virus (IgM)					
4399	Varizella-Zoster-Virus (IgM)					
4400	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		24,16	24,16	0,00	10,70	10,70
Katalog Antikörper gegen						
4402	HBc-Antigen (IgM)					
4403	HBe-Antigen (IgM)					
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. 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					
4409	HIV, Immunoblot					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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
4416 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immun-fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	35,20	35,20	0,00	15,70	15,70

Katalog Antikörper gegen

4418 Candida albicans
4419 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Katalog Antikörper gegen

4421 Aspergillus
4422 Candida albicans
4423 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Aggluti-nations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	16,57	16,57	0,00	7,40	7,40

Katalog Antikörper gegen

4425 Aspergillus
4426 Candida albicans
4427 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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
4431 Schistosomen
4432 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglu-tinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	16,57	16,57	0,00	7,40	7,40

Katalog Antikörper gegen

4435 Echinokokken
4436 Schistosomen
4437 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immun-fluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90

Katalog Antikörper gegen

4440 Entamoeba histolytica
4441 Leishmanien
4442 Plasmodien
4443 Pneumocystis carinii
4444 Schistosomen
4445 Toxoplasma gondii
4446 Trypanosoma cruzi
4447 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	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					
4449	Leishmanien					
4450	Pneumocystis carinii					
4451	Plasmodien					
4452	Schistosomen					
4453	Toxoplasma gondii					
4454	Trypanosoma cruzi					
4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
	Katalog Antikörper gegen					
4456	Echinokokken					
4457	Entamoeba histolytica					
4458	Leishmanien					
4459	Toxoplasma gondii					
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					
	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligan-denassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	15,88	15,88	0,00	7,10	7,10
	Katalog Antikörper gegen					
4461	Toxoplasma gondii					
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,16	24,16	0,00	10,70	10,70
	Katalog Antikörper gegen					
4465	Entamoeba histolytica					
4466	Leishmanien					
4467	Schistosomen					
4468	Toxoplasma gondii					
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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
4501 Hämophilus influenzae Kapseltyp b
4502 Neisseria meningitidis Typen A und B
4503 Streptococcus pneumoniae
4504 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Katalog

4506 Methylenblaufärbung
4508 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Katalog

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	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					
4516	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
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. Enzymoder Radioimmunoassay) - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4520	Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B					
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme					
4522	Legionellen					
4523	Neisseria meningitidis					
4524	Neisseria gonorrhoeae					
4525	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*					
b. Züchtung/Gewebekultur						
4530	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung 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 Weiterzüchtung in CO2-Atmosphäre, je Nährmedium	6,90	6,90	0,00	3,10	3,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4533	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium *Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.*	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium *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 Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, 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 Spezifitäts-prüfung 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 Verfahren (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. Äskulin-spaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspal-tung, 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. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM, Agar), je Keim	8,28	8,28	0,00	3,70	3,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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)					
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)					
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)					
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.*					
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - einschließlich Fluo-reszenz-, 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-, Radioimmun-oassay) - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken					
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme					
4563	Legionellen					
4564	Neisseria meningitidis					
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Meta-bolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	28,30	28,30	0,00	12,60	12,60
Katalog						
4567	Anaerobier					
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.					
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabo-litprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatogra-phie - einschließlich aufwendiger 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 struktureller 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					
4573	Escherichia coli					
4574	Salmonellen					
4575	Shigellen					
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.					
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüch-teten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4578	Brucellen					
4579	Pseudomonaden					
4580	Staphylokokken					
4581	Salmonellen					
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.					
4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsproduk-ten durch photometrische, spektrometrische oder elek-trochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4585	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	24,16	24,16	0,00	10,70	10,70
d. Toxinnachweis						
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmun-oassay) - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum					
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme					
4592	Staphylococcus aureus					
4593	Vibrionen					
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*					
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
Katalog						
4596	Clostridium botulinum					
4597	Corynebacterium diphtheriae					
4598	Staphylokokkentoxin					
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*					
4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung *Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.* *Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.*	34,51	34,51	0,00	15,30	15,30
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 Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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 Chemotherapeu-tika 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 ntibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter 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 photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
<u>2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren</u>						
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 4631	Rota-Viren Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*					
Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung		5,52	5,52	0,00	2,50	2,50
Katalog						
4633 4634	Herpes simplex Viren Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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) - ggf. 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
4641 Hepatitis A-Viren
4642 Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)
4643 Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)
4644 Influenza-Viren
4645 Parainfluenza-Viren
4646 Rota-Viren
4647 Respiratory syncytial virus
4648 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung

4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüch-tung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, 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, Chloroform-resistenz, pH3-Test), je Ansatz	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinations-hemmung), 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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) - ggf. 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
4676 Influenza-Viren
4677 Parainfluenza-Viren
4678 Rota-Viren
4679 Respiratory syncytial virus
4680 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

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
4706 Candida
4707 Kryptokokkus neoformans
4708 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.

4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	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) - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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) - ggf. 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	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. Lugoloder Methylenblaufärbung) - ggf. einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B.	8,28	8,28	0,00	3,70	3,70
	Katalog					
4740	Amöben					
4741	Lamblien					
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)					
4743	Trichomonaden					
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier					
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.					
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugoloder Methylenblaufärbung) - ggf. 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					
4748	Lamblien					
4749	Trichomonaden					
4750	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier					
4751	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.					
	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)					
4754	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand					
	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 Beleuchtungs-verfahren (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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	17,26	17,26	0,00	7,70	7,70
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzymoder anderer Markierung -, je Antiserum	20,02	20,02	0,00	8,90	8,90
4759	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - ggf. 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					
4761	Lamblien					
4762	Trichomonaden					
4763	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*					
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					
4766	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*					
4768	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - ggf. 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
Katalog						
4770	Trypanosoma cruzi					
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*					

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 untersuchtenMaterials (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 Polymerase-kettenreaktion (nested PCR)	69,02	69,02	0,00	30,70	30,70
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv 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. DotBlot, 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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	14,98	18,64	0,00	6,70	6,70
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	19,95	24,82	0,00	9,00	9,00
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	19,95	24,82	0,00	9,00	9,00
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	19,95	24,82	0,00	9,00	9,00
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	19,95	24,82	0,00	9,00	9,00
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)	24,16	30,06	0,00	10,80	10,80
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	17,26	21,47	0,00	7,70	7,70

II. Zytologie

4850	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus - ggf. einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - *Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.*	6,01	7,47	0,00	4,00	4,00
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z.B. aus dem Genitale der Frau) - ggf. einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - *Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.*	8,97	11,17	0,00	6,00	6,00
4852	Zytologische Untersuchung von z.B. Punktaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren - ggf. einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material -, je Untersuchungsmaterial	12,01	14,95	0,00	8,00	8,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie ggf. einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate	11,04	13,74	0,00	7,40	7,40
III. Zytogenetik						
4870	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - ggf. einschließlich Materialentnahme -	18,84	23,45	0,00	12,60	12,60
4871	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - ggf. einschließlich Materialentnahme -	19,95	24,82	0,00	13,40	13,40
4872	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	134,60	167,50	0,00	90,00	90,00
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeiti-ger Subkultivierung -ggf. einschließlich Materialentnahme-	209,14	260,27	0,00	139,90	139,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonantomographie und Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmung

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 erforderlichen 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 von 5,47 je Sendung (zuzüglich Portokosten) zu zahlen (Abrechnung als Geb.-Nr. 195). Dies 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

5000	Zähne, je Projektion *Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur ein-mal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.*	3,45	4,29	0,00	2,30	2,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	17,26	21,47	0,00	11,50	11,50
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
Finger oder Zehen						
5010	jeweils in zwei Ebenen	12,42	15,46	0,00	8,30	8,30
5011	ergänzende Ebene(n) *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.*	4,14	5,15	0,00	2,80	2,80
Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe						
5020	jeweils in zwei Ebenen	15,19	18,90	0,00	10,10	10,10
5021	ergänzende Ebene(n) *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.*	5,52	6,87	0,00	3,70	3,70
5022	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumen- oder Sprunggelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5010, 5011 bzw. 5020, 5021	4,14	5,15	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	24,85	30,92	0,00	16,60	16,60
5031	ergänzende Ebene(n) *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.*	6,90	8,59	0,00	4,60	4,60
5032	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schultereck- oder Kniegelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5030, 5031	4,14	5,15	0,00	0,00	0,00
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil *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.*	11,04	13,74	0,00	7,40	7,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5037	Bestimmung des Skelettalters - ggf. einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung -	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5040	Beckenübersicht	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -	65,57	81,60	0,00	43,70	43,70
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
5098	Nasennebenhöhlen - ggf. auch in mehreren Ebenen -	17,95	22,33	0,00	12,00	12,00
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5101	ergänzende Ebene(n)	11,04	13,74	0,00	7,40	7,40
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5106	ergänzende Ebene(n)	12,42	15,46	0,00	8,30	8,30
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
5111	ergänzende Ebene(n) *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.*	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
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	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	17,95	22,33	0,00	12,00	12,00
5121	ergänzende Ebene(n)	9,66	12,03	0,00	6,40	6,40
2. Hals- und Brustorgane						
5130	Halsorgane oder Mundboden - ggf. in mehreren Ebenen -	19,33	24,05	0,00	12,90	12,90
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene *Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	19,33	24,05	0,00	12,90	12,90
5137	Brustorgane-Übersicht - ggf. einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen	31,06	38,65	0,00	20,70	20,70
5139	Teil der Brustorgane *Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.*	12,42	15,46	0,00	8,30	8,30
5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	6,90	8,59	0,00	4,60	4,60
3. Bauch- und Verdauungsorgane						
5150	Speiseröhre, ggf. einschließlich ösophagogastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	37,96	47,24	0,00	25,30	25,30
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	48,32	60,13	0,00	32,20	32,20
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung - einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), ggf. einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 -	82,83	103,08	0,00	55,20	55,20
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodenojejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -	89,73	111,67	0,00	59,80	59,80
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -	48,32	60,13	0,00	32,20	32,20
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	96,63	120,26	0,00	64,40	64,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en) -	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	55,22	68,72	0,00	36,80	36,80
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -	75,93	94,49	0,00	50,60	50,60
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion *Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
5192	Bauchteilaufnahme - ggf. in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -	41,41	51,54	0,00	27,60	27,60
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5235	Refluxzystographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40

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.*	10,23	10,23	0,00	0,00	0,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5256	bis zu 40 Aufnahmen	17,90	17,90	0,00	0,00	0,00
5257	über 40 Aufnahmen	35,79	35,79	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) - ggf. einschließlich Durchleuchtung(en) - *Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.*	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene *Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	31,06	38,65	0,00	20,70	20,70
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	10,35	12,88	0,00	6,90	6,90
5280	Myelographie	51,77	64,42	0,00	34,50	34,50
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	31,06	38,65	0,00	20,70	20,70
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	44,87	55,83	0,00	29,90	29,90
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	16,57	20,62	0,00	11,00	11,00
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie) *Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des Gebührensatzes für die allgemeine Heilbehandlung der betreffenden Leistung.*				[1]	[1]

[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	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie *Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.*	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	41,41	51,54	0,00	27,60	27,60
5303	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie *Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.*	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie *Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.*	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
5306 a	Leistung nach Nummer 5306, 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.*	116,57	116,57	0,00	92,00	92,00
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306 *Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.*	41,41	51,54	0,00	27,60	27,60
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.*	34,97	34,97	0,00	27,60	27,60
5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt *Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.*	55,22	68,72	0,00	36,80	36,80

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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.*	46,63	46,63	0,00	36,80	36,80
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	124,24	154,61	0,00	82,80	82,80
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	41,41	51,54		27,60	27,60
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	41,41	51,54	0,00	27,60	27,60
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.*	55,22	68,72	0,00	36,80	36,80
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie *Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.*	151,85	188,97	0,00	101,20	101,20
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.*	207,07	257,69	0,00	138,10	138,10
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
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.*	41,41	51,54	0,00	27,60	27,60
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie *Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	165,66	206,15	0,00	110,40	110,40
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasse mittels Cinetechnik, eine Serie	207,07	257,69	0,00	138,10	138,10
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herz-kranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
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.*	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
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.*	69,94	69,94	0,00	55,20	55,20
5329	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	110,44	137,44	0,00	73,60	73,60
5330	Venographie einer Extremität	51,77	64,42	0,00	34,50	34,50
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
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.*	46,63	46,63	0,00	36,80	36,80
5338	Lymphographie, je Extremität	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 -einschließlich Durchleuchtung(en)-, insgesamt	17,26	21,47	0,00	11,50	11,50

7. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien -einschließlich Kontrastmitteleinbringungen 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.*	193,27	240,51	7,57	99,60	107,17

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	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 Num-mern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.					
5346	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt *Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.*	41,41	51,54	0,00	21,30	21,30
5348	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten 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.*	262,29	326,41	7,57	128,60	136,17
5349	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt *Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.*	69,02	85,90	0,00	35,60	35,60
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde -	34,51	42,95	0,00	17,80	17,80
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	69,02	85,90	0,00	35,60	35,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen 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 berechnungsfähig.*	138,05	171,79	7,57	71,30	78,87
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 berechnungsfähig.*	13,80	17,18	0,00	7,10	7,10
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.*	138,05	171,79	0,00	71,30	71,30
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.*	172,56	214,74	0,00	89,10	89,10
5357	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet *Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.*	241,59	300,64	0,00	148,30	148,30
5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet *Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.*	310,61	386,54	0,00	160,40	160,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5359	Embolisation der Vena spermatica - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - *Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.*	172,56	214,74	0,00	89,10	89,10
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.*	138,05	171,79	0,00	71,30	71,30
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.*	179,46	223,33	0,00	92,70	92,70

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 Nummern 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.*	207,07	257,69	0,00	138,10	138,10
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - ggf. einschließlich des kraniozervikalen Übergangs -	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
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.*	158,76	197,56	0,00	105,80	105,80
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	179,46	223,33	0,00	119,60	119,60
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	131,15	163,20	0,00	87,40	87,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbel-räume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lenden-wirbelsäule - ggf. einschließlich der Übergangsregionen -	131,15	163,20	0,00	87,40	87,40
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.*	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
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 -	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse -einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion-	46,63	46,63	0,00	36,80	36,80
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungs-planung 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.*	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80

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	einer (HR) CT-Untersuchung *Die Gebühr nach Nr. 5381 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5382 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig*	54,00	54,00
5382	von zwei (HR) CT-Untersuchungen *Die Gebühr nach Nr. 5382 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig*	108,00	108,00
5383	von drei oder mehr (HR) CT-Untersuchungen *Die Gebühr nach Nr. 5383 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5382 nicht berechnungsfähig*	162,00	162,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

1. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen. Bei der Auswahl des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind wissenschaftliche Erkenntnisse und strahlenhygienische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung berechnungsfähig.

2. Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.

3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.

4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper - mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.

6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper - mit Ausnahme der intraartikulären, intralymphatischen, endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden - ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.

7. Rechnungsbestimmungen

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

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

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - ggf. einschließlich Darstellung dystoper Anteile -	24,16	30,06	0,00	16,10	16,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5401	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - einschließlich quantitativer Untersuchung -, mit Bestimmung der globalen, ggf. 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) -	89,73	111,67	0,00	59,80	59,80
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - ggf. einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) - *Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - ggf. einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - *Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	82,83	103,08	0,00	55,20	55,20
b. Gehirn						
5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	82,83	103,08	0,00	55,20	55,20
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums *Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.*	62,12	77,31	0,00	41,40	41,40
c. Lunge						
5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt	89,73	111,67	0,00	59,80	59,80
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	89,73	111,67	0,00	59,80	59,80
d. Herz						
5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	82,83	103,08	0,00	55,20	55,20
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - *Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.*	262,29	326,41	0,00	174,90	174,90

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe - ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - *Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - ggf. einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
5424	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - ggf. 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.*	193,27	240,51	0,00	128,90	128,90

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, ggf. einschließlich der distalen Extremitäten -	155,30	193,27	0,00	103,50	103,50
5426	Teilkörperskelettszintigraphie - ggf. einschließlich der kontralateralen Seite -	86,97	108,23	0,00	58,00	58,00
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -	27,61	34,36	0,00	18,40	18,40
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, ggf. einschließlich der distalen Extremitäten -	155,30	193,27	0,00	103,50	103,50

f. Tumorszintigraphie

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

5430	eine Region	82,83	103,08	0,00	55,20	55,20
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) *Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.*	155,30	193,27	0,00	103,50	103,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
	Für die Leistung nach Nummer 5430 sind zwei Wieder-holungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en). Die Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.					
g. Nieren						
5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzel-nieren-Clearance - ggf. einschließlich Blutaktivitäts-bestimmungen und Vergleich mit Standards -	193,27	240,51	0,00	128,90	128,90
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung -	110,44	137,44	0,00	73,60	73,60
5442	Statische Nierenszintigraphie *Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	41,41	51,54	0,00	27,60	27,60
5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 - mit Angabe der Indikation (z. B. zu-sätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wieder-holungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwen-dung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) -	48,32	60,13	0,00	32,20	32,20
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - ggf. einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen - *Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.*	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
h. Endokrine Organe						
5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse - *Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben. Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wieder-holungsuntersuchungen 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.*	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
i. Gastrointestinaltrakt						
5455	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage - ggf. einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung -, Gallenwege - ggf. einschließlich Gallenreflux -, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	89,73	111,67	0,00	59,80	59,80
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/ oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	89,73	111,67	0,00	59,80	59,80
j. Hämatologie, Angiologie						
5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten - ggf. einschließlich der kontralateralen Seite - *Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.*	62,12	77,31	0,00	41,40	41,40
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - ggf. einschließlich der kontralateralen Seite -	151,85	188,97	0,00	101,20	101,20
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitäts-bestimmungen -	151,85	188,97	0,00	101,20	101,20
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	34,51	42,95	0,00	23,00	23,00
Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern.						
5465	eine Region	86,97	108,23	0,00	58,00	58,00
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten) *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).*	155,30	193,27	0,00	103,50	103,50
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 -	65,57	81,60	0,00	43,70	43,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
I. Sonstige						
5472	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktions-messungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung - auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle -	65,57	81,60	0,00	43,70	43,70
5473	Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzszinti-graphie 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.*	62,12	77,31	0,00	41,40	41,40
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	93,18	115,96	0,00	62,10	62,10
m. Mineralgehalt						
5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelett-abschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
n. Ergänzungsleistungen						
Allgemeine Bestimmung						
Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem jeweils einfachen Gebührensatz der GOÄ 96 berechnungsfähig.						
5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsraten-dichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	43,72	43,72	0,00	30,70	30,70
5481	Sequenzszintigraphie - mindestens sechs Bilder in schneller Folge -	39,64	39,64	0,00	27,80	27,80
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	39,64	39,64	0,00	27,80	27,80
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) - einschließlich erforder-licher In-vitro-Qualitätskontrollen -	75,77	75,77	0,00	53,20	53,20
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler - ggf. einschließ-lich quantitativer Analysen von Gammaspektren -	57,12	57,12	0,00	40,10	40,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
o. Emissions-Computer-Tomographie						
5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	82,83	103,08	0,00	55,20	55,20
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - ggf. einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	414,15	515,38	0,00	276,10	276,10
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - ggf. einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	517,68	644,23	0,00	345,10	345,10
2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)						
5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	171,18	213,02	0,00	114,10	114,10
5602	Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	93,18	115,96	0,00	62,10	62,10
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochen-affinen Radiopharmazeutika	74,55	92,77	0,00	49,70	49,70
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	186,37	231,92	0,00	124,20	124,20
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	155,30	193,27	0,00	103,50	103,50
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.*	62,12	77,31	0,00	41,40	41,40
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität - *Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.*	111,82	139,15	0,00	74,60	74,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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 - ggf. einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	303,71	377,95	0,00	202,50	202,50
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	289,90	360,77	0,00	193,30	193,30
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - ggf. einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	296,80	369,36	0,00	197,90	197,90
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	303,71	377,95	0,00	202,50	202,50
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	276,10	343,59	0,00	184,10	184,10
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	165,66	206,15	0,00	110,40	110,40
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität *Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.*	276,10	343,59	0,00	184,10	184,10
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmittel-einbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	58,29	58,29	0,00	46,00	46,00
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	46,63	46,63	0,00	36,80	36,80
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 *Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.*	414,15	515,38	0,00	276,10	276,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

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 ggf. die Fotodokumentation.* *Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)*	17,26	21,47	0,00	11,50	11,50
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
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.*	5,83	5,83	0,00	4,60	4,60
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung						
5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie *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 ggf. die Fotodokumentation.*	13,80	17,18	0,00	9,20	9,20
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.*	13,11	16,32	0,00	8,70	8,70
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	62,12	77,31	0,00	41,40	41,40

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).*	103,54	128,85	0,00	69,00	69,00
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	29,14	29,14	0,00	23,00	23,00
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	116,57	116,57	0,00	92,00	92,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - ggf. unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	49,70	61,85	0,00	33,10	33,10
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	8,28	10,31	0,00	5,50	5,50
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - ggf. unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	8,28	10,31	0,00	5,50	5,50

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).*	103,54	128,85	0,00	69,00	69,00
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	116,57	116,57	0,00	92,00	92,00
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, ggf. einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	20,71	25,77	0,00	13,80	13,80
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	144,95	180,38	0,00	96,60	96,60

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.*	476,27	592,69	0,00	317,50	317,50
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	69,02	85,90	0,00	46,00	46,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	138,05	171,79	0,00	92,00	92,00
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.*	171,87	213,88	0,00	114,60	114,60
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	476,27	592,69	0,00	317,50	317,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach-kosten

P. Sektionsleistungen [1] [2]

Für die Abrechnung zwischen UV-Träger und Pathologen gilt das so genannte Pathologenabkommen vom 09.11.1990 - Stand 01.07.92 -

6000	Vollständige innere Leichenschau - einschließlich Leichenschaubericht und pathologischanatomischer Diagnose -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6001	Vollständige innere Leichenschau, die zusätzliche besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z. B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) -einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6002	Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort der Exhumierung - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6003	Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6010	Makroskopische neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche - einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -, je untersuchtes Organ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -, je Knochen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau - einschließlich des Befundes -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

[2] Obduktionsraumbenutzung siehe Nrn. 9903 ff.

Nummer	Leistung	Gebühr

S. Krankenhaussachleistungen, Obduktionen

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	8,56 **
9102	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind	7,48 **
9103	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen	7,81 **
9104	Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmern, je Teilnehmer	2,36 **
9105 *	Krankengymnastik im Bewegungsbad	9,41 **
9106 *	Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen, je Teilnehmer	4,72 **
9107	Manuelle Therapie	9,58 **

Gruppe 2: Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie)

9201	Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten alle Wärmestrahler)	5,52 **
9202	Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten	4,65 **
9203 *	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen	6,59 **
9204 *	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten	8,83 **

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

Nummer	Leistung	Gebühr
9205 *	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Doppelpackung, zwei Körperabschnitte (beide Arme, ein Bein, beide Beine oder ganzer Rücken)	11,19 **
9206	Kälteanwendung bei einem Körperabschnitt oder mehreren Körperabschnitten (Kompresse, Eisbeutel, Peloide, Eisteilbad)	9,00 **
9207	Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kaltluft)	6,96
Gruppe 3: Elektrotherapie		
9301	Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen	3,74 **
9302	Elektrogymnastik einzelner oder mehrer Körperabschnitte bei Lähmungen	3,74 **
9303	Behandlung eines oder mehrer Körperabschnitte mit Ultraschall	6,50 **
9304	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente)	5,67 **
Gruppe 4: Massage, man. Lymphdrainage, med. Bädertherapie und Chirogymnastik		
9401	Klassische Massage einzelner oder mehrerer Körperabschnitte sowie auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	10,81
9402	Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnittes, Teilbehandlung	5,85 **
9403	Manuelle Lymphdrainage zweier oder mehrerer Körperabschnitte, Ganzbehandlung	5,85 **
9403 a	Kompressionsbandagierung einschl. der Kosten für Polstermaterial und Trikofix	9,00
9404 *	Sitzbad mit Zusatz	weggefallen
9405 *	Hand-, Fußbad mit Zusatz	4,75
9406 *	Vollbad, Halbbad - mit Zusatz	weggefallen
9407 *	Kohlensäurebad	15,46

* Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes.

** Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Nummer	Leistung	Gebühr
9408 *	Gashaltiges Bad mit Zusatz	weggefallen
9409 *	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad)	15,76
9410	Zwei- und Vierzellenbad	7,88
9412 *	Unterwasserdruckstrahlmassage	18,09
9413	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	11,34
9414	Extensionsbehandlung	5,08

Gruppe 5: Inhalationstherapie

9501	Einzelinhalation	5,52 **
9502	Rauminhalation, je Teilnehmer	2,79 **

Gruppe 6: Zusätzliche Leistungen

9601	zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe, d.h. außerhalb der mit einem (*) versehenen Leistungen (einschließlich Wäsche)	3,40
9602	ärztlich verordneter Hausbesuch, je Besuch	9,36
9603	Wegegebühr bei ärztlich verordnetem Hausbesuch je km	0,36

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

9651 (11.1) *	Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (3 Regelzeitintervalle)	10,14 **
9651 G (11.1 -G)*	Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, Gruppe (3 Regelzeitintervalle)	3,40 **
9652 (11.2*)	Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen 4 Regelzeitintervalle)	10,14 **

* Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes.

** Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)

Nummer	Leistung		Gebühr	
9652 G (11.2 -G)*	Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen, Gruppe (4 Regelzeitintervalle)		3,40 **	
9653 (11.3) *	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung (3 Regelzeitintervalle)		10,14 **	
9653 G (11.3 - G)*	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Behandlung, Gruppe (4 Regelzeitintervalle)		3,40 **	
9654 (11.4) *	Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (5 Regelzeitintervalle)		10,14 **	
9654 G (11.4 - G)*	Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, Gruppe (7 Regelzeitintervalle		3,40 **	
9655 (11.5) *	Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem UV-Träger		10,59 **	
9656 (11.6) *	Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld (außerhalb der ergotherapeutischen Praxis) (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem UV-Träger.		10,59 **	
9657 (12.1) *	Ergotherapeutische Funktionsanalyse (keine Berechnung nach Zeitintervall)		22,37 **	
9658 (12.2) *	Thermische Anwendung, Kälte/Wärme (keine Berechnung nach Zeitintervall)		5,52 **	
9659 (12.3) *	Ergotherapeutische Schiene	über	150,00	mit KVA
9660 (12.4) *	ausführlicher Bericht auf Anforderung des UV-Trägers		22,04	
9661 (12.5) *	Ärztlich verordneter Hausbesuch bei einem Patienten; je Besuch		9,37	
9662 (12.6) *	Wegegeld je km bei ärztlich verordnetem Hausbesuch		0,36	
9670 1	Logopädische Untersuchung mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern		23,34	
9671 a	Logopädische Einzelbehandlung mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern; Dauer mindestens 30 Min.		24,38	

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

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

Nummer	Leistung	Gebühr

[1] Kann in einem Behandlungsfall nur einmal berechnet werden.

9671 b	Dauer mindestens 45 Min.	35,00
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

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

9700	Arzneirezepturen in Krankenanstalten ohne Anstaltsapotheke	Einkaufspreis zuzügl. 10 v. H.
9701	Arzneirezepturen in Krankenanstalten mit Anstaltsapotheke	Preis nach AM PreisV [2]
9703	Arzneispezialitäten, Sera, Blutersatzmitteln u. ä.	Apothekenverkaufspreise mit Umsatzsteuer der kleinsten Klinikpackung
9704	Blutkonserven von fremden Blutbanken	Einkaufspreis zzgl. 10 v. H.

Human-Blutkonserven eigener Herstellung mit Stabilisator(en)

9705	Vollblut-Konserve	bis 99 ml	43,60
9721	Vollblut-Konserve	100 bis 299	64,34
9707	Vollblut-Konserve	300 bis 399	84,36
9708	Vollblut-Konserve	400 bis 499	97,40
9709	Vollblut-Konserve	500 bis 599	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	53,10
9722	aus Vollblut-Konserve	300 bis 399	66,14

Nummer	Leistung		Gebühr

[2] Nachfolgeregelungen der DAT
[*] Primärstabilisator ggf. und/oder additive Lösung

9723	aus Vollblut-Konserve	400 bis 499	77,10
9724	aus Vollblut-Konserve	500 bis 599	88,73
9725	aus Vollblut-Konserve	600 ml	99,63

Gewaschenes Human-Erythrozyten-Konzentrat eigener Herstellung mit Stabilisator

9730	aus Vollblut-Konserve	bis 99 ml	66,14
9731	aus Vollblut-Konserve	100 bis 299	84,36
9732	aus Vollblut-Konserve	300 bis 399	96,69
9733	aus Vollblut-Konserve	400 bis 499	108,41
9734	aus Vollblut-Konserve	500 bis 599	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	122,82
9742	Konserve	600 ml	137,44

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	94,55
9747	aus Vollblut-Konserve	300 bis 399	120,70
9748	aus Vollblut-Konserve	400 bis 499	139,68
9749	aus Vollblut-Konserve	500 bis 599	161,45

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

9750	aus Vollblut	500	104,00

Nummer	Leistung		Gebühr

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

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	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, Verdienstausfall-entschädigung und Kosten der Blutspendermahlzeit	
9772	Transportkostenersatz bei Beschaffung* und Transport von Spezialblutkonserven in Einzelfällen		Selbstkosten der Blutspendezentrale
9773	Zusätzliche Präparate für Spezialblutkonserven		
9774	Zusätzliche Materialien für Spezialblutkonserven		

Nummer	Leistung	Gebühr

* 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	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.	
9791	Gummi-Elastikbinden	
9792	Fotografische Aufnahme, schwarz/weiß oder bunt	0,25
9793	weggefallen	
9794	Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen[1] einschließlich Verpackung und zuzüglich Porto je Sendung *Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung*	5,47
9795 a	Röntgenfilmkopie 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	Selbstkosten

Nummer	Leistung	Gebühr

[1] Wenn statt der angefertigten herkömmlichen Röntgenfilmaufnahmen Röntgenfilmkopien übersandt werden, sind neben dem Pauschalbetrag nach 9764 die Kosten für die Röntgenfilmkopien nach 9795a oder 9795b berechenbar.

III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

9800	Pauschalgebühr bei Hämodialyse zum ärztlichen Honorar zusätzlich	333,93
9900	Leichenöffnung (Eröffnung der 3 Körperhöhlen) [1]	242,21
9901	Leichenöffnung, zeitraubend und schwierig (bei Eröffnung des Rückenmarkkanals und/oder ausgedehnter Untersuchung des Knochen-, Gefäß oder Nervensystems oder von Organen bei fortgeschrittener Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen1)	314,01
9902	Leichenöffnung einer beerdigten Leiche oder Wasserleiche [1]	399,41
9902 a	Makroskopie, neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) zusätzlich zu T-Nrn. 9900, 9901, 9902	41,30
9903	Obduktionsraumbenutzung einschließlich Gestellung eines Sektionsgehilfen	72,36
9904	Obduktionsraumbenutzung	18,99
9905	Leichenhallenbenutzung [2]	8,07
9906	Kühlzellenbenutzung [2]	11,73
9907	Dampfdesinfektion, Einzelbenutzung	8,07
9908	(unbesetzt)	
9909	(unbesetzt)	
9910	Leichenschau und Ausstellung einer Totenbescheinigung [3]	

[1] Einschließlich Obduktionsraumbenutzung, Gestellung des Selektionsgehilfen und einschließlich Sektionsprotokoll

Nummer	Leistung	Gebühr

[2] Leichenhallen- und Kühlzellenbenutzung je angefangener Tag für Leichen von Personen, die nicht im Krankenhaus verstorben sind.

[3] Keine Leistung zulasten der gesetzlichen UV. Preise nach ortsüblichen Sätzen.