



Recht

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

mit verkürzten Leistungs-
bezeichnungen – Kurz-GOÄ –

Stand: September 2008



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

www.pkv.de · info@pkv.de

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

§ 1

Anwendungsbereich

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

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

§ 2

Abweichende Vereinbarung

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

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

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

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur

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

zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

(4) Gebühren für die Leistung nach Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.

(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

§ 5 a

Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

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

§ 5 b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

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

§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

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

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

§ 7

Entschädigungen

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

§ 8

Wegegeld

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

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

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

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

§ 9

Reiseentschädigung

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

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

§ 10

Ersatz von Auslagen

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

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

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

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

§ 11

Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

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

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

§ 12

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

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

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

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nr. und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte

A.

GEBÜHREN IN BESONDEREN FÄLLEN

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

B.

GRUNDLEISTUNGEN UND ALLGEMEINE LEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

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

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

7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

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

| Nr. | Leistung | Punktzahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punktzahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punktzahl | Gebühr in Euro |
|--|---|-----------|----------------|-----|-------------------------|-----------|----------------|-----|--|-----------|----------------|
| I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen | | | | | | | | | | | |
| 1 | Beratung, auch telefonisch | 80 | 4,66 | | | | | | | | |
| 2 | Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen | 30 | 1,75 | | | | | D | Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag | 220 | 12,82 |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</i> | | | | | | | | | | |
| 3 | Eingehende Beratung, auch telefonisch | 150 | 8,74 | | | | | | | | |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.</i> | | | | | | | | | | |
| 4 | Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en) | 220 | 12,82 | | | | | K 1 | Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr | 120 | 6,99 |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/ oder 835 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| 5 | Symptombezogene Untersuchung | 80 | 4,66 | 8 | Ganzkörperstatus | 260 | 15,15 | | III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen | | |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| 6 | Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus) | 100 | 5,83 | | | | | 20 | Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten) | 120 | 6,99 |
| | <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere:</i> | | | | | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds; - bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Nasennenners, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs; - bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus; - bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden; - bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen. | | | | | | | | | | |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| 7 | Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt) | 160 | 9,33 | | | | | 21 | Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung | 360 | 20,98 |
| | <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i> | | | | | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel; - bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe; - bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung; - bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; - bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs. | | | | | | | | | | |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| | II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 | | | | | | | | | | |
| | Allgemeine Bestimmungen | | | | | | | | | | |
| | Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen. | | | | | | | | | | |
| A | Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde | 70 | 4,08 | | | | | 22 | Eingehende Beratung einer Schwangeren | 300 | 17,49 |
| | <i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| B | Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr | 180 | 10,49 | | | | | 23 | Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft | 300 | 17,49 |
| C | Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr | 320 | 18,65 | | | | | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 23 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | |
| 25 | Neugeborenen-Erstuntersuchung | 200 | 11,66 | | | | | 24 | Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf | 200 | 11,66 |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal</i> | | | | | | | | | | |
| 26 | Früherkennungsuntersuchung beim Kind | 450 | 26,33 | | | | | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|--|---|----------------|-------------------|-----|---|----------------|-------------------|---|--|----------------|-------------------|
| | berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig. | | | | Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird. | | | | nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig. | | |
| 27 | Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau | 320 | 18,65 | | | | | 56 | Verweilen, je angefangene halbe Stunde | 180 | 10,49 |
| | Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 27 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig. | | | | | | | | Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden. | | |
| 28 | Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann | 280 | 16,32 | 46 | Zweitvisite im Krankenhaus | 50 | 2,91 | 60 | Konsiliarische Erörterung | 120 | 6,99 |
| | Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 28 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig. | | | | Die Leistung nach Nr. 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird. | | | | Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe). | | |
| 29 | Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen | 440 | 25,65 | | | | | 61 | Assistenz, je angefangene halbe Stunde | 130 | 7,58 |
| | Neben der Leistung nach Nr. 29 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig. | | | | | | | | Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt. | | |
| 30 | Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde) | 900 | 52,46 | 48 | Besuch, Pflegestation | 120 | 6,99 | 62 | Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde | 150 | 8,74 |
| | Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig. | | | | Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. | | | | Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen. | | |
| 31 | Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten) | 450 | 26,23 | 50 | Besuch mit Beratung und Untersuchung | 320 | 18,65 | | | | |
| | Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 31 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig. | | | | Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. | | | | | | |
| 32 | Untersuchung nach Jugendarbeitschutzgesetz | 400 | 23,31 | 51 | Mitbesuch eines weiteren Kranken | 250 | 14,57 | | | | |
| | | | | | Die Leistung nach Nr. 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 51 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. | | | | | | |
| 33 | Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten) | 300 | 17,49 | 52 | Besuch durch nichtärztliches Personal | 100 | 5,83 | | | | |
| | Die Leistung nach Nr. 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig. | | | | Die Pauschalgebühr nach Nr. 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig. | | | | | | |
| 34 | Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten) | 300 | 17,49 | 55 | Begleitung eines Patienten durch den Arzt | 500 | 29,14 | | | | |
| | Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig. | | | | Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen | | | | | | |
| IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz | | | | | | | | V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 | | | |
| 45 | Visite im Krankenhaus | 70 | 4,08 | | | | | Allgemeine Bestimmungen | | | |
| | | | | | | | | Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen. | | | |
| | | | | | | | | E Zuschlag, unverzüglich erfolgte | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|---|--|----------------|-------------------|---|--|----------------|-------------------|---|--|----------------|-------------------|
| 270 | Infusion, subkutan | 80 | 4,66 | III. Punktionen | | | | beider Herzhälften 400 23,31 | | | |
| 271 | Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten | 120 | 6,99 | Allgemeine Bestimmung | | | | <i>Die Leistung nach Nr. 356 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| 272 | Infusion, intravenös, mehr als 30 Minuten | 180 | 10,49 | Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe. | | | | <i>Wird die Leistung nach Nr. 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i> | | | |
| 273 | Infusion, intravenös, beim Kind bis zum 4. Lebensjahr | 180 | 10,49 | 300 | Punktion, Gelenk | 120 | 6,99 | 357 | Kontrastmitteleinbringung, Brust-/Bauchaorta, je Sitzung | 500 | 29,14 |
| <i>Die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i> | | | | 301 | Punktion, Ellenbogen-/Knie-/Wirbelgelenk | 160 | 9,33 | <i>Wird die Leistung nach Nr. 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 351 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i> | | | |
| <i>Werden die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 302 | Punktion, Schulter-/Hüftgelenk | 250 | 14,57 | 360 | Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herzkranzgefäß, je Sitzung | 1000 | 58,29 |
| 274 | Dauertropfinfusion, intravenös, mehr als 6 Stunden | 320 | 18,65 | 303 | Punktion, Drüse/Schleimbeutel o.ä./Hämatom/Abszess | 80 | 4,66 | <i>Die Leistung nach Nr. 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.</i> | | | |
| <i>Neben der Leistung nach Nr. 274 sind die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | 304 | Punktion, Augenhöhle | 160 | 9,33 | <i>Die Leistung nach Nr. 360 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| 275 | Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 90 Minuten | 360 | 20,98 | 305 | Punktion, Liquorräume | 350 | 20,40 | 361 | Kontrastmitteleinbringung, weiteres Herzkranzgefäß | 600 | 34,97 |
| 276 | Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 6 Stunden | 540 | 31,48 | 305a | Punktion, Liquorräume, durch Fontanelle | 250 | 14,57 | <i>Die Leistung nach Nr. 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i> | | | |
| 277 | Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten | 180 | 10,49 | 306 | Punktion, Lunge/Gehirn | 500 | 29,14 | 365 | Kontrastmitteleinbringung zur Lymphographie, je Extremität | 400 | 23,31 |
| 278 | Infusion, intraarteriell, mehr als 30 Minuten | 240 | 13,99 | 307 | Punktion, Pleuraraum/Bauchhöhle | 250 | 14,57 | 368 | Kontrastmitteleinbringung zur Bronchographie | 400 | 23,31 |
| 279 | Infusion in das Knochenmark | 180 | 10,49 | 308 | Gewebeentnahme, Pleura | 350 | 20,40 | 370 | Kontrastmitteleinbringung, Gänge/Fisteln | 200 | 11,66 |
| 280 | Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat | 330 | 19,23 | 310 | Punktion, Herzbeutel | 350 | 20,40 | 372 | Kontrastmitteleinbringung, Zwischenwirbelraum | 280 | 16,32 |
| <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 280 berechnungsfähig.</i> | | | | 311 | Punktion, Knochenmark | 200 | 11,66 | 373 | Kontrastmitteleinbringung, Gelenk | 250 | 14,57 |
| 281 | Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat, beim Neugeborenen | 450 | 26,23 | 312 | Knochenstanze | 300 | 17,49 | 374 | Kontrastmitteleinbringung, Dünn- darm | 150 | 8,74 |
| <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 281 berechnungsfähig.</i> | | | | 314 | Punktion, Mamma/Lymphknoten | 120 | 6,99 | V. Impfungen und Testungen | | | |
| 282 | Transfusion, jede weitere Blutkonserve oder Blutpräparat | 150 | 8,74 | 315 | Punktion eines Organs | 250 | 14,57 | Allgemeine Bestimmungen | | | |
| <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 282 berechnungsfähig.</i> | | | | 316 | Punktion, Douglasmaum | 250 | 14,57 | 1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. | | | |
| 283 | Infusion, Aorta, beim Neugeborenen | 500 | 29,14 | 317 | Punktion, Adnextumor | 350 | 20,40 | 2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig. | | | |
| 284 | Eigenbluteinspritzung | 90 | 5,25 | 318 | Punktion, Harnblase/Wasserbruch | 120 | 6,99 | 3. Neben den Leistungen nach den Nrn. 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpass nicht berechnungsfähig. | | | |
| 285 | Aderlass | 110 | 6,41 | 319 | Punktion, Prostata/Schilddrüse | 200 | 11,66 | 4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten. | | | |
| 286 | Reinfusion, erste Einheit Eigenblut/plasma | 220 | 12,82 | 321 | Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel | 50 | 2,91 | 5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten. | | | |
| 286a | Reinfusion, jede weitere Einheit Eigenblut/-plasma | 100 | 5,83 | IV. Kontrastmitteleinbringungen | | | | 375 | Schutzimpfung, intramuskulär/ subkutan | 80 | 4,66 |
| 287 | Blutaustauschtransfusion | 800 | 46,63 | Allgemeine Bestimmungen | | | | 376 | Schutzimpfung, oral und Beratung | 80 | 4,66 |
| 288 | Entnahme einer Einheit Eigenblut | 230 | 13,41 | Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel. | | | | 377 | Zusatzinjektion bei Parallelimpfung | 50 | 2,91 |
| 289 | Entnahme einer Einheit Eigenblut mit Aufbereitung | 350 | 20,40 | 340 | Kontrastmitteleinbringung, zerebrospinale Liquorräume | 400 | 23,31 | 378 | Simultanimpfung, Wundstarrkrampf | 120 | 6,99 |
| 290 | Infiltration gewebehärtender Mittel | 120 | 6,99 | 344 | Kontrastmitteleinbringung, intravenös, bis zu 10 Minuten | 100 | 5,83 | 380 | Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) | 30 | 1,75 |
| 291 | Implantation von Hormonpresslingen | 70 | 4,08 | 345 | Kontrastmitteleinbringung, intravenös, mehr als 10 Minuten | 130 | 7,58 | 381 | Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test) | 20 | 1,17 |
| 297 | Abstrich zur zytologischen Untersuchung | 45 | 2,62 | 346 | Kontrastmitteleinbringung, intravenös, Hochdruckinjektion | 300 | 17,49 | 382 | Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test) | 15 | 0,87 |
| <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | 347 | Weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringungen mittels Hochdruckinjektion | 150 | 8,74 | <i>Die Leistung nach Nr. 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i> | | | |
| 298 | Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung | 40 | 2,33 | 350 | Kontrastmitteleinbringung, intraarteriell | 150 | 8,74 | <i>Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | 351 | Kontrastmitteleinbringung, Gehirnarterien, je Halsschlagader | 500 | 29,14 | <i>Wird die Leistung nach Nr. 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i> | | | |
| <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | 355 | Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herz und herznahe Gefäße, je Sitzung | 600 | 34,97 | <i>Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | 356 | Zuschlag zu Nr. 355, Herzkatheter | | | <i>Wird die Leistung nach Nr. 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i> | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt-zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt-zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt-zahl | Gebühr in Euro |
|------------|--|------------|----------------|------------|---|------------|----------------|------------|--|------------|----------------|
| | <i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>nach den Nrn. 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 433 | Ausspülung des Magens | 140 | 8,16 |
| 383 | Kutane Testung | 30 | 1,75 | 402 | Zuschlag, transösophageale Untersuchung | 250 | 14,57 | 435 | Stationäre Intensivmedizinische Überwachung und Behandlung, bis zu 24 Stunden Dauer | 900 | 52,46 |
| 384 | Stempelttest | 40 | 2,33 | | <i>Der Zuschlag nach Nr. 402 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nr. 435 berechnet werden.</i> | | |
| 385 | Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall) | 45 | 2,62 | 403 | Zuschlag, transkavitäre Untersuchung | 150 | 8,74 | | <i>Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nr. 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nr. 435 nicht berechnet.</i> | | |
| 386 | Pricktest, je Test (21. bis 40. Test) | 30 | 1,75 | | <i>Der Zuschlag nach Nr. 403 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>Mit der Gebühr für die Leistung nach Nr. 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.</i> | | |
| 387 | Pricktest, je Test (41. bis 80.) | 20 | 1,17 | 404 | Zuschlag, Frequenzspektrumanalyse | 250 | 14,57 | 437 | Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer | 500 | 29,14 |
| | <i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheits-erregern) – nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 388 | Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall) | 35 | 2,04 | 405 | Zuschlag zu Nrn. 415 oder 424, cw-Doppler | 200 | 11,66 | | VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen | | |
| 389 | Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, jeder weitere Test | 25 | 1,46 | 406 | Zuschlag zu Nr. 424, Farbkodierung | 200 | 11,66 | | Allgemeine Bestimmungen | | |
| 390 | Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall) | 60 | 3,50 | 408 | Transluminale Sonographie, je Sitzung | 200 | 11,66 | | 1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. | | |
| 391 | Intrakutantest, jeder weitere Test | 40 | 2,33 | 410 | Ultraschalluntersuchung, ein Organ | 200 | 11,66 | | <i>Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.</i> | | |
| | <i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 2. Die Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. | | |
| 393 | Nasaler/konjunktivaler Provokationstest, je Test | 100 | 5,83 | 412 | Ultraschalluntersuchung, Schädel, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr | 280 | 16,32 | | 3. Die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen | | |
| 394 | Höchstwert für Leistungen nach Nr. 393, je Tag | 300 | 17,49 | 413 | Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr | 280 | 16,32 | | – nach den Nrn. 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F, | | |
| 395 | Nasaler Schleimhautprovokationstest mit apparativer Registrierung, je Test | 280 | 16,32 | 415 | Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge | 300 | 17,49 | | – nach den Nrn. 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H, | | |
| 396 | Höchstwert für Leistungen nach Nr. 395, je Tag | 560 | 32,64 | 417 | Ultraschalluntersuchung, Schilddrüse | 210 | 12,24 | | – nach den Nrn. 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I, | | |
| 397 | Bronchialer Provokationstest mit apparativer Registrierung, je Test | 380 | 22,15 | 418 | Ultraschalluntersuchung, Brustdrüse | 210 | 12,24 | | – nach den Nrn. 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, | | |
| 398 | Höchstwert für Leistungen nach Nr. 397, je Tag | 760 | 44,30 | 420 | Ultraschalluntersuchung, bis zu drei weiteren Organen, je Organ | 80 | 4,66 | | | | |
| 399 | Oraler Provokationstest | 200 | 11,66 | | <i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | |
| | | | | | <i>Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i> | | | | | | |
| | VI. Sonografische Leistungen | | | 422 | Eindimensionale Echokardiographie | 200 | 11,66 | | | | |
| | Allgemeine Bestimmungen | | | 423 | Zweidimensionale Echokardiographie – einschließlich Nr. 422 – | 500 | 29,14 | | | | |
| | 1. Die Zuschläge nach den Nrn. 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. | | | 424 | Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließlich Nr. 423 – | 700 | 40,80 | | | | |
| | 2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. | | | | VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen | | | | | | |
| | 3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. | | | 427 | Apparative Beatmung, bis zu 12 Stunden | 150 | 8,74 | | | | |
| | 4. Die Leistungen nach den Nrn. 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. | | | 428 | Apparative Beatmung, mehr als 12 Stunden, je Tag | 220 | 12,82 | | | | |
| | 5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten. | | | | <i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | |
| | 6. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nrn. 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden. | | | 429 | Wiederbelebungsversuch | 400 | 23,31 | | | | |
| | 7. Die sonografische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein. | | | 430 | Elektro-Defibrillation/-Stimulation, Herz | 400 | 23,31 | | | | |
| 401 | Zuschlag zu Nrn. 410 - 418, Duplex-Verfahren | 400 | 23,31 | | <i>Die Leistung nach Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i> | | | | | | |
| | <i>Der Zuschlag nach Nr. 401 ist neben den Leistungen</i> | | | 431 | Elektrokardioskopie | 100 | 5,83 | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|--|--|----------------|-------------------|---------------------------|---|----------------|-------------------|-----|--|----------------|-------------------|
| II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen | | | | 552 | Iontophorese | 44 | 2,56 | | Atemwegwiderstand | 757 | 44,12 |
| 505 | Atmungsbehandlung | 85 | 4,95 | 553 | Vierzellenbad | 46 | 2,68 | | <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | |
| 506 | Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung | 120 | 6,99 | 554 | Hydroelektrisches Vollbad | 91 | 5,30 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 507 | Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung | 80 | 4,66 | 555 | Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung | 120 | 6,99 | 614 | Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung | 150 | 8,74 |
| 508 | Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad | 110 | 6,41 | 558 | Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung | 120 | 6,99 | 615 | CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode | 227 | 13,23 |
| 509 | Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer | 38 | 2,21 | VII. Lichttherapie | | | | 616 | CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung | 303 | 17,66 |
| 510 | Übungsbehandlung, je Sitzung | 70 | 4,08 | 560 | Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung | 31 | 1,81 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | <i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i> | | | 617 | Gasanalyse, Expirationsluft | 341 | 19,88 |
| 514 | Extensionsbehandlung, Wärmerotherapie und Massage | 105 | 6,12 | 561 | Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk | 31 | 1,81 | 620 | Rheographische Untersuchung, Extremitäten | 152 | 8,86 |
| 515 | Extensionsbehandlung | 38 | 2,21 | 562 | Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung | 46 | 2,68 | | <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | |
| 516 | Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/Perlggerät | 65 | 3,79 | | <i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | 621 | Mechanisch-oszillographische Untersuchung | 127 | 7,40 |
| 518 | Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung | 120 | 6,99 | 563 | Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld | 46 | 2,68 | 622 | Akrale infrarot-oszillographische Untersuchung | 182 | 10,61 |
| | III. Massagen | | | 564 | Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung | 91 | 5,30 | 623 | Flüssig-Kristall-Thermographie | 140 | 8,16 |
| 520 | Teilmassage | 45 | 2,62 | 565 | Photochemotherapie, je Sitzung | 120 | 6,99 | | <i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i> | | |
| 521 | Großmassage, je Sitzung | 65 | 3,79 | 566 | Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag | 500 | 29,14 | 624 | Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung | 330 | 19,23 |
| 523 | Bindegewebsmassage/ Periomassage/ manuelle Lymphdrainage | 65 | 3,79 | 567 | Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung | 91 | 5,30 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 525 | Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung | 35 | 2,04 | 569 | Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test | 30 | 1,75 | 626 | Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle | 1000 | 58,29 |
| 526 | Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung | 55 | 3,21 | | F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE | | | | <i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | | |
| 527 | Unterwasserdruckstrahlmassage | 94 | 5,48 | 600 | Herzfunktionsprüfung nach Schellong | 73 | 4,25 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 626 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| | IV. Hydrotherapie und Packungen | | | 601 | Hyperventilationsprüfung | 44 | 2,56 | 627 | Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle | 1500 | 87,43 |
| 530 | Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung | 35 | 2,04 | 602 | Oxymetrische Untersuchung | 152 | 8,86 | | <i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | | |
| 531 | Ansteigendes Teilbad | 46 | 2,68 | 603 | Bestimmung des Atemwegwiderstandes | 90 | 5,25 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 627 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 532 | Ansteigendes Vollbad | 76 | 4,43 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 628 | Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 | 800 | 46,63 |
| 533 | Subaquales Darmbad | 150 | 8,74 | 604 | Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen | 160 | 9,33 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 627 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| | V. Wärmebehandlung | | | | <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nr. 604 sind die Leistungen nach den Nrn. 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 629 | Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle | 2000 | 116,57 |
| 535 | Heißluftbehandlung, ein Körperteil | 33 | 1,92 | 605 | Ruhepirographische Untersuchung | 242 | 14,11 | | <i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | | |
| 536 | Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile | 51 | 2,97 | 605a | Flußvolumenkurve bei Spirographie | 140 | 8,16 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | | |
| 538 | Infrarotbehandlung, je Sitzung | 40 | 2,33 | 606 | Spiroergometrische Untersuchung | 379 | 22,09 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 539 | Ultraschallbehandlung | 44 | 2,56 | 607 | Residualvolumenbestimmung | 242 | 14,11 | | | | |
| | VI. Elektrotherapie | | | 608 | Ruhepirographische Teiluntersuchung, insgesamt | 76 | 4,43 | | | | |
| 548 | Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung | 37 | 2,16 | 609 | Bestimmung der Sekundenkapazität | 182 | 10,61 | | | | |
| 549 | Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung | 55 | 3,21 | | <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | | | |
| 551 | Reizstrombehandlung | 48 | 2,80 | 610 | Ganzkörperplethysmographie | 605 | 35,26 | | <i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | | |
| | <i>Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nrn. 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i> | | | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 630 | Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle | 908 | 52,92 |
| | | | | 611 | Bestimmung der Lungendeharbarkeit | 605 | 35,26 | | | | |
| | | | | 612 | Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/ | | | | | | |

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

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|------|--|----------------|-------------------|------|--|----------------|-------------------|------|---|----------------|-------------------|
| 1216 | Untersuchung auf Heterophorie/ Strabismus | 91 | 5,30 | | eingebraunten Fremdkörpern, Hornhaut | 152 | 8,86 | 1330 | bei schwer verletztem Augapfel | 3230 | 188,27 |
| 1217 | Qualitative/quantitative Unter- suchung des binokularen Sehaktes | 242 | 14,11 | 1278 | Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Hornhaut | 278 | 16,20 | | Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel | 739 | 43,07 |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1217 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 1279 | Entfernung von Korneoskleralfäden | 100 | 5,83 | 1331 | Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330 | 554 | 32,29 |
| 1218 | Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufs beider Augen | 700 | 40,80 | 1280 | Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern, aus Augeninnern | 1290 | 75,19 | 1332 | Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel | 1110 | 64,70 |
| 1225 | Kampimetrie/Perimetrie | 121 | 7,05 | 1281 | Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern/Geschwulst, aus Augeninnern | 2220 | 129,40 | 1333 | Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332 | 739 | 43,07 |
| 1226 | Projektionsperimetrie | 182 | 10,61 | 1282 | Entfernung Geschwulst/Kalk- infarkten, Lider/Augapfelbinde- haut | 152 | 8,86 | 1338 | Chemische Ätzung der Hornhaut | 56 | 3,26 |
| 1227 | Quantitativ abgestufte Profilperi- metrie | 248 | 14,46 | 1283 | Entfernung Fremdkörper/Ge- schwulst, Augenhöhle | 554 | 32,29 | 1339 | Abschabung der Hornhaut | 148 | 8,63 |
| 1228 | Farbsinnprüfung mit Pigmentproben | 61 | 3,56 | 1284 | Entfernung von Fremdkörpern/ Geschwulst mit Muskelablösung, Augenhöhle | 924 | 53,86 | 1340 | Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen | 185 | 10,78 |
| 1229 | Farbsinnprüfung mit Anomaloskop | 182 | 10,61 | 1285 | Entfernung von Fremdkörpern/ Geschwulst mit Resektion der Orbitalwand, Augenhöhle | 1480 | 86,27 | 1341 | Tätowierung der Hornhaut | 333 | 19,41 |
| 1233 | Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation | 484 | 28,21 | 1290 | Vorbereitende operative Maßnah- men zur Rekonstruktion einer Orbita | 1500 | 87,43 | 1345 | Hornhautplastik | 1660 | 96,76 |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1233 ist die Leistung nach Nr. 1234 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 1291 | Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle | 1850 | 107,83 | 1346 | Hornhauttransplantation | 2770 | 161,46 |
| 1234 | Untersuchung des Dämmerungs- sehens, ohne Blendung | 91 | 5,30 | 1292 | Operation der Augenhöhlen-/ Tränensackphlegme | 278 | 16,20 | 1347 | Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut | 3030 | 176,61 |
| 1235 | Untersuchung des Dämmerungs- sehens, während Blendung | 91 | 5,30 | 1293 | Dehnung/ Durchspülung/ Sondierung/Salbenfüllung/ Kautistik der Tränenwege, auch beidseitig | 74 | 4,31 | 1348 | Diszision, Linse/Nachstar | 832 | 48,50 |
| 1236 | Untersuchung des Dämmerungs- sehens, nach Blendung | 91 | 6,30 | 1294 | Sondierung des Tränennasengangs bei Kleinkindern, auch beidseitig | 130 | 7,58 | 1349 | Operation des weichen Stars | 1850 | 107,83 |
| 1237 | Elektroretinographische/ elektro- okulographische Untersuchung | 600 | 34,97 | 1297 | Operation des evertierten Tränenpünktchens | 152 | 8,86 | 1350 | Staroperation | 2370 | 138,14 |
| 1240 | Spaltlampe-mikroskopie | 74 | 4,31 | 1298 | Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanales | 132 | 7,69 | 1351 | Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse | 2770 | 161,46 |
| 1241 | Gonioskopie | 152 | 8,86 | 1299 | Tränensackexstirpation | 554 | 32,29 | 1352 | Einpflanzung einer intraokularen Linse | 1800 | 104,92 |
| 1242 | Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes | 152 | 8,86 | 1300 | Tränensackoperation zur Wiederher- stellung des Tränenabflusses, mit Knochenfensterung | 1220 | 71,11 | 1353 | Extraktion einer eingepflanzten Linse | 832 | 48,50 |
| 1243 | Diasklerale Durchleuchtung | 61 | 3,56 | 1301 | Exstirpation/ Verödung der Tränenröhre | 463 | 26,99 | 1354 | Extraktion der luxierten Linse | 2220 | 129,40 |
| 1244 | Exophthalmometrie | 50 | 2,91 | 1302 | Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus | 924 | 53,86 | 1355 | Extraktion des Nachstars | 1110 | 64,70 |
| 1248 | Fluoreszenzuntersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund | 242 | 14,11 | 1303 | Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte | 230 | 13,41 | 1356 | Eröffnung/Spülung/Wiederher- stellung der Augenvorderkammer | 370 | 21,57 |
| 1249 | Fluoreszenzangiographische Unter- suchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund | 484 | 28,21 | 1304 | Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis | 924 | 53,86 | 1357 | Hintere Sklerotomie | 370 | 21,57 |
| | <i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i> | | | 1305 | Operation der Lidsenkung | 739 | 43,07 | 1358 | Zyklodialyse/Iridektomie | 1000 | 58,29 |
| 1250 | Lokalisation eines Fremdkörpers | 273 | 15,91 | 1306 | Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung | 1110 | 64,70 | 1359 | Zyklodiathermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation | 500 | 29,14 |
| 1251 | Lokalisation einer Netzhautver- änderung | 273 | 15,91 | 1310 | Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates | 1480 | 86,27 | 1360 | Lasertrabekuloplastik bei Glaukom | 1000 | 58,29 |
| 1252 | Spaltlampefotographie | 100 | 5,83 | 1311 | Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung | 1110 | 64,70 | 1361 | Fistelbildende Operation bei Glaukom | 1850 | 107,83 |
| 1253 | Fundusfotographie | 150 | 8,74 | 1312 | Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation | 1850 | 107,83 | 1362 | Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom | 3030 | 176,61 |
| 1255 | Tonometrische Untersuchung, Impressionstonometer | 70 | 4,08 | 1313 | Abreiben/Skarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig | 30 | 1,75 | 1365 | Lichtkoagulation bei Netzhaut- ablösung/-blutung, je Sitzung | 924 | 53,86 |
| 1256 | Tonometrische Untersuchung, Applanations-tonometer | 100 | 5,83 | 1318 | Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte | 74 | 4,31 | 1366 | Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen | 1110 | 64,70 |
| 1257 | Tonometrische Untersuchung, mehr- fach in zeitlichem Zusammenhang | 242 | 14,11 | 1319 | Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes | 1850 | 107,83 | 1367 | Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen | 2220 | 129,40 |
| 1259 | Pupillographie | 242 | 14,11 | 1320 | Einspritzung unter die Bindehaut | 52 | 3,03 | 1368 | Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie | 3030 | 176,61 |
| 1260 | Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln | 560 | 32,64 | 1321 | Operation des Flügelfells | 296 | 17,25 | 1369 | Koagulation/Lichtkautistik, Netz-/ Aderhauttumor | 1850 | 107,83 |
| 1262 | Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, erste Messung | 242 | 14,11 | 1322 | Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik | 1660 | 96,76 | 1370 | Operative Entfernung des Augapfels | 924 | 53,86 |
| 1263 | Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, jede weitere Messung | 152 | 8,86 | 1323 | Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung | 67 | 3,91 | 1371 | Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe | 1290 | 75,19 |
| 1268 | Aktive Behandlung der Schwach- sichtigkeit (Pleoptik), Mindestdauer 20 Minuten | 152 | 8,86 | 1325 | Naht einer Bindehaut-/Horn- haut-/Lederhautwunde | 230 | 13,41 | 1372 | Wiederherstellung eines prothesen- fähigen Bindehautsackes mittels Transplantation | 1850 | 107,83 |
| 1269 | Behandlung der gestörten Binokular- funktion (Orthoptik), Mindestdauer 20 Minuten | 152 | 8,86 | 1326 | Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde | 1110 | 64,70 | 1373 | Operative Ausräumung der Augenhöhle | 1110 | 64,70 |
| 1270 | Pleoptische/orthoptische Behandlung an optischen Zusatz-/Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten | 54 | 3,15 | 1327 | Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/ Lederhautverletzung | 1850 | 107,83 | 1374 | Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung | 3500 | 204,01 |
| 1271 | Auswahl/Einprobieren eines künstlichen Auges | 46 | 2,68 | 1328 | Wiederherstellungsoperation | | | 1375 | Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse | 1480 | 86,27 |
| 1275 | Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern, Bindehaut/Hornhaut | 37 | 2,16 | | | | | 1376 | Rekonstruktion eines abgeris- senen Tränenröhrchens | 1480 | 86,27 |
| 1276 | Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern, Hornhaut/Lederhaut | 74 | 4,31 | | | | | 1377 | Entfernung einer Silikon-/ | | |
| 1277 | Entfernung von eisenhaltigen | | | | | | | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|------|---|----------------|-------------------|------|---|----------------|-------------------|------|--|----------------|-------------------|
| 1380 | Silastik-/Rutheniumplombe | 280 | 16,32 | 1438 | Abtragung einer Nasenmuschel | 370 | 21,57 | 1486 | Radikaloperation der Kieferhöhle | 1110 | 64,70 |
| | Operative Entfernung eines Iristumors | 2000 | 116,57 | 1439 | Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite | 370 | 21,57 | 1487 | Radikaloperation, Stirnhöhle/Siebbeinzellen, von außen | 1480 | 86,27 |
| 1381 | Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors | 2770 | 161,46 | 1440 | Operative Entfernung, einzelne Nasenpolypen einer Nasenseite | 130 | 7,58 | 1488 | Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite | 1850 | 107,83 |
| 1382 | Goniotrepanation/Trabekulektomie/Trabekulotomie bei Glaukom | 2500 | 145,72 | 1441 | Operative Entfernung, mehrere Nasenpolypen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen | 296 | 17,25 | 1492 | Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase | 1290 | 75,19 |
| 1383 | Vitrektomie/Glaskörperstrangdurchtrennung | 2500 | 145,72 | 1445 | Submuköse Resektion, Nasenscheidewand | 463 | 26,99 | 1493 | Entfernung der vergrößerten Rachenmandel | 296 | 17,25 |
| 1384 | Vordere Vitrektomie | 830 | 48,38 | 1446 | Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste | 739 | 43,07 | 1495 | Entfernung eines Nasenrachenfibroms | 1110 | 64,70 |
| 1386 | Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut | 1290 | 75,19 | 1447 | Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen | 1660 | 96,76 | 1496 | Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus | 2220 | 129,40 |
| | J. | | | 1448 | Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen | 2370 | 138,14 | 1497 | Tränensackoperation, vom Naseninnern aus | 1110 | 64,70 |
| | HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE | | | 1449 | Plastische Operation bei ekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen | 3700 | 215,66 | 1498 | Konservative Behandlung der Gaumenmandeln | 44 | 2,56 |
| 1400 | Genauere Hörprüfung | 76 | 4,43 | 1450 | Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen | 7400 | 431,33 | 1499 | Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel | 463 | 26,99 |
| 1401 | Einfache Hörprüfung | 60 | 3,50 | 1452 | Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase | 800 | 46,63 | 1500 | Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln | 739 | 43,07 |
| 1403 | Tonschwellenaudiometrische Untersuchung | 158 | 9,21 | 1453 | Operative Entfernung der gesamten Nase | 1100 | 64,12 | 1501 | Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie | 333 | 19,41 |
| 1404 | Sprachaudiometrische Untersuchung | 158 | 9,21 | 1455 | Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation | 550 | 32,06 | 1505 | Eröffnung eines peritonsillären Abszesses | 148 | 8,63 |
| | <i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 1456 | Operative Verschmälerung des Nasensteges | 232 | 13,52 | 1506 | Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses | 185 | 10,78 |
| 1405 | Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte | 63 | 3,67 | 1457 | Operative Korrektur eines Nasenflügels | 370 | 21,57 | 1507 | Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses | 56 | 3,26 |
| 1406 | Kinderaudiometrie | 182 | 10,61 | 1458 | Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses | 1290 | 75,19 | 1508 | Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund | 93 | 5,42 |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 1459 | Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand | 74 | 4,31 | 1509 | Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone | 463 | 26,99 |
| 1407 | Impedanzmessung, Trommelfell/Binnenohrmuskeln, auch beidseitig | 182 | 10,61 | 1465 | Punktion einer Kieferhöhle | 119 | 6,94 | 1510 | Schlitzung, Parotis-/Submandibularis-Ausführungsgang | 190 | 11,07 |
| 1408 | Audioelektroenzephalographische Untersuchung | 888 | 51,76 | 1466 | Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465 | 178 | 10,38 | 1511 | Eröffnung eines Zungenabszesses | 185 | 10,78 |
| 1409 | Messung otoakustischer Emissionen | 400 | 23,31 | 1467 | Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus | 407 | 23,72 | 1512 | Teilweise Entfernung der Zunge | 1110 | 64,70 |
| | <i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 1468 | Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus | 296 | 17,25 | 1513 | Keilexzision aus der Zunge | 370 | 21,57 |
| 1412 | Prüfung des statischen Gleichgewichts | 91 | 5,30 | 1469 | Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus | 554 | 32,29 | 1514 | Entfernung der Zunge | 2220 | 129,40 |
| 1413 | Elektronystagmographische Untersuchung | 265 | 15,45 | 1470 | Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenmuschel/Auswüchsen der Nasenscheidewand | 739 | 43,07 | 1518 | Operation einer Speichelfistel | 739 | 43,07 |
| 1414 | Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen | 42 | 2,45 | 1471 | Operative Eröffnung der Stirnhöhle/Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus | 1480 | 86,27 | 1519 | Operative Entfernung von Speichelstein(en) | 554 | 32,29 |
| 1415 | Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/Paukenhöhle | 91 | 5,30 | 1472 | Anbohrung der Stirnhöhle von außen | 222 | 12,94 | 1520 | Exstirpation der Unterkiefer-/Unterzungspeicheldrüse | 900 | 52,46 |
| 1416 | Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder | 121 | 7,05 | 1473 | Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen | 2220 | 129,40 | 1521 | Speicheldrüsentumorexstirpation | 1850 | 107,83 |
| 1417 | Rhinomanometrische Untersuchung | 100 | 5,83 | | | | | 1522 | Parotixestirpation | 2000 | 116,57 |
| 1418 | Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum/Stimmbänder | 180 | 10,49 | | | | | 1525 | Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf | 46 | 2,68 |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | 1526 | Chemische Ätzung im Kehlkopf | 76 | 4,43 |
| 1425 | Ausstopfung der Nase von vorn | 50 | 2,91 | | | | | 1527 | Galvanokaustik/Elektrolyse/Kürettament im Kehlkopf | 370 | 21,57 |
| 1426 | Ausstopfung der Nase von vorn/hinten | 100 | 5,83 | | | | | 1528 | Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf | 554 | 32,29 |
| 1427 | Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern | 95 | 5,54 | | | | | 1529 | Intubation/ Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf | 152 | 8,86 |
| 1428 | Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase | 370 | 21,57 | | | | | 1530 | Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop | 182 | 10,61 |
| 1429 | Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung | 76 | 4,43 | | | | | 1532 | Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr | 182 | 10,61 |
| 1430 | Operativer Eingriff in der Nase | 119 | 6,94 | | | | | | <i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 1435 | Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig | 91 | 5,30 | | | | | 1533 | Schwebe-/Stützlaryngoskopie | 500 | 29,14 |
| 1436 | Ätzung, hinterer Nasenraum/Seitenstrang, auch beidseitig | 36 | 2,10 | | | | | 1534 | Probeexzision aus dem Kehlkopf | 463 | 26,99 |
| | | | | | | | | 1535 | Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf | 647 | 37,71 |
| | | | | | | | | 1540 | Endolaryngeale Resektion/ frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes | 1850 | 107,83 |
| | | | | | | | | 1541 | Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich | 1390 | 81,02 |
| | | | | | | | | 1542 | Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung | 1850 | 107,83 |
| | | | | | | | | 1543 | Teilweise Entfernung des Kehlkopfes | 1650 | 96,17 |
| | | | | | | | | 1544 | Teilweise Entfernung des Kehlkopfes, mit Zungenbeinresektion | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|------|---|----------------|-------------------|------|---|----------------|-------------------|------|---|----------------|-------------------|
| | und Pharynxplastik | 1850 | 107,83 | 1597 | Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes | 1110 | 64,7 | 1704 | Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre | 554 | 32,29 |
| 1545 | Totalexstirpation des Kehlkopfes | 2220 | 129,40 | 1598 | Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume | 1660 | 96,76 | 1708 | Kalibrierung der männlichen Harnröhre | 75 | 4,37 |
| 1546 | Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes | 3700 | 215,66 | 1600 | Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/des Labyrinthes/eines Hirnabszesses | 2770 | 161,46 | 1709 | Kalibrierung der weiblichen Harnröhre | 60 | 3,50 |
| 1547 | Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie | 2770 | 161,46 | 1601 | Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598 | 1660 | 96,76 | 1710 | Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung | 59 | 3,44 |
| 1548 | Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich | 2060 | 120,07 | 1602 | Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600 | 2770 | 161,46 | 1711 | Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre | 74 | 4,31 |
| 1549 | Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden | 1200 | 69,94 | 1610 | Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602 | 1480 | 86,27 | 1712 | Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff | 296 | 17,25 |
| 1550 | Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung | 300 | 17,49 | 1611 | Myringoplastik, vom Gehörgang aus | 1480 | 86,27 | 1713 | Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff | 296 | 17,25 |
| 1551 | Operative Versorgung einer Trümmervertetzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie | 3000 | 174,86 | 1612 | Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung | 1110 | 64,70 | 1714 | Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung | 230 | 13,41 |
| 1555 | Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren | 119 | 6,94 | 1613 | Tympanoplastik mit Interposition | 2350 | 136,98 | 1715 | Spaltung einer Harnröhrenstriktur | 300 | 17,94 |
| | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i> | | | 1614 | Tympanoplastik mit Interposition/und Aufbau der Gehörknöchelchenkette | 3140 | 183,02 | 1720 | Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm | 554 | 32,29 |
| 1556 | Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren | 119 | 6,94 | 1620 | Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes | 2350 | 136,98 | 1721 | Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht | 554 | 32,29 |
| 1557 | Elektroglottographische Untersuchung | 106 | 6,18 | 1621 | Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand | 1110 | 64,70 | 1722 | Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation | 1110 | 64,70 |
| 1558 | Stimmtherapie bei Kehlkopflösen, je Sitzung | 148 | 8,63 | 1622 | Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen | 700 | 40,80 | 1723 | Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung | 1660 | 96,76 |
| 1559 | Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten | 207 | 12,07 | 1623 | Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus | 2350 | 136,98 | 1724 | Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung | 1660 | 96,76 |
| 1560 | Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten | 207 | 12,07 | 1624 | Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr | 2350 | 136,98 | 1728 | Katheterisierung der Harnblase beim Mann | 59 | 3,44 |
| 1565 | Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig | 45 | 2,62 | 1625 | Fazialisdekompression | 2220 | 129,40 | 1729 | Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung | 104 | 6,06 |
| 1566 | Ausspülung des Kuppelraumes | 45 | 2,62 | 1626 | Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen | 1330 | 77,52 | 1730 | Katheterisierung der Harnblase bei der Frau | 37 | 2,16 |
| 1567 | Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang | 74 | 4,31 | 1628 | Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel | 739 | 43,07 | | <i>Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nr. 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nr. 7 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 1568 | Operation im äußeren Gehörgang | 185 | 10,78 | 1629 | Extraduraler/transstympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang | 3700 | 215,66 | 1731 | Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung | 74 | 4,31 |
| 1569 | Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle | 74 | 4,31 | 1635 | Operative Korrektur eines abstehenden Ohres | 739 | 43,07 | 1732 | Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730 | 74 | 4,31 |
| 1570 | Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers, Gehörgang/ Paukenhöhle | 148 | 8,63 | 1636 | Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschel | 887 | 51,07 | | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 1575 | Inzision des Trommelfells | 130 | 7,58 | 1637 | Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel | 1400 | 81,60 | 1733 | Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter | 40 | 2,33 |
| 1576 | Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage | 320 | 18,65 | 1638 | Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen | 4500 | 262,29 | 1737 | Meatomie | 74 | 4,31 |
| 1577 | Einsetzen/Auswechseln Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen | 45 | 2,62 | 1639 | Unterbindung der Vena jugularis | 554 | 32,29 | 1738 | Plastische Versorgung einer Meatusstriktur | 554 | 32,29 |
| 1578 | Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig | 40 | 2,33 | | | | | 1739 | Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung | 60 | 3,50 |
| 1579 | Chemische Ätzung in der Paukenhöhle | 70 | 4,08 | | | | | 1740 | Operative Beseitigung einer Paraphimose | 296 | 17,25 |
| 1580 | Galvanokaustik, Gehörgang/ Paukenhöhle | 89 | 5,19 | | | | | 1741 | Phimoseoperation | 370 | 21,57 |
| 1585 | Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle | 130 | 7,58 | | | | | 1742 | Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii | 85 | 4,95 |
| 1586 | Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen | 296 | 17,25 | | | | | 1745 | Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746 | 554 | 32,29 |
| 1588 | Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus | 554 | 32,29 | | | | | 1746 | Operation einer Epispadie/ Hypospadie | 1110 | 64,70 |
| 1589 | Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre | 30 | 1,75 | | | | | 1747 | Penisamputation | 554 | 32,29 |
| 1590 | Katheterismus der Ohrtrompete, auch beidseitig | 74 | 4,31 | | | | | 1748 | Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistendrüsen | 2220 | 129,40 |
| 1591 | Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig | 40 | 2,33 | | | | | 1749 | Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus | 2500 | 145,72 |
| 1595 | Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang | 1850 | 107,83 | | | | | 1750 | Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus | 3200 | 186,52 |
| 1596 | Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie | 1480 | 86,27 | | | | | 1751 | Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzungen, Glans penis/ Corpora cavernosa | 924 | 53,86 |
| | | | | | | | | 1752 | Operative Implantation einer Penis- | | |

K. UROLOGIE

Allgemeine Bestimmungen

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

| | | | |
|------|--|-----|-------|
| 1700 | Spülung der männlichen Harnröhre | 45 | 2,62 |
| 1701 | Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung | 74 | 4,31 |
| 1702 | Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung | 178 | 10,38 |
| 1703 | Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre | 148 | 8,63 |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|---|--|----------------|-------------------|---|---|----------------|-------------------|--|--|----------------|-------------------|
| | Stützprothese | 2500 | 145,72 | | durch Operation | 739 | 43,07 | 1830 | Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeentnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses | 1110 | 64,70 |
| 1753 | Entfernen einer Penisprothese | 550 | 32,06 | 1797 | Ausräumung einer Blutampone der Harnblase | 355 | 20,69 | 1831 | Dekapsulation einer Niere/ Senknierenoperation | 1480 | 86,27 |
| 1754 | Doppler-Sonographie, Penisgefäße/ Skrotalfächer | 180 | 10,49 | 1798 | Urethradruckprofilmessung | 550 | 32,06 | 1832 | Operative Anlage einer Nierenfistel | 1660 | 96,76 |
| 1755 | Unterbindung eines Samenleiters | 463 | 26,99 | <i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nrn. 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | 1833 | Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband | 237 | 13,81 |
| 1756 | Unterbindung beider Samenleiter | 832 | 48,50 | 1799 | Nierenbeckendruckmessung | 150 | 8,74 | 1834 | Operation eines abberrierenden Nierengefäßes | 1480 | 86,27 |
| 1757 | Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation | 554 | 32,29 | 1800 | Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung | 1480 | 86,27 | 1835 | Trennung der Hufeisenniere | 3230 | 188,27 |
| 1758 | Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samen- leiters | 1110 | 64,70 | 1801 | Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkör- pern, Koagulation von Geschwül- sten, Fistelkatheter | 1480 | 86,27 | 1836 | Nierenpolresektion | 2770 | 161,46 |
| 1759 | Transpenile/transskrotale Venenembolisation | 2800 | 163,20 | 1802 | Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision | 739 | 43,07 | 1837 | Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation | 1660 | 96,76 |
| 1760 | Varikelektomie mit hoher Unterbindung der Vena spermatica | 1480 | 86,27 | 1803 | Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung | 1110 | 64,70 | 1838 | Nierensteinentfernung durch Pyelotomie | 2220 | 129,40 |
| 1761 | Operation eines Wasserbruchs | 739 | 43,07 | <i>Neben der Leistung nach Nr. 1803 ist die Leistung nach Nr. 1802 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | 1839 | Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie | 2770 | 161,46 |
| 1762 | Inguinale Lymphknotenausträu- mung | 1200 | 69,94 | 1804 | Operation von Harnblasendivertikel | 1850 | 107,83 | 1840 | Nierenbeckenplastik | 2770 | 161,46 |
| 1763 | Einlegen einer Hodenprothese | 740 | 43,13 | 1805 | Operation einer Harnblasen- geschwulst, Teilresektion | 1850 | 107,83 | 1841 | Nephrektomie | 2220 | 129,40 |
| 1764 | Entfernen einer Hodenprothese | 460 | 26,81 | 1806 | Operation einer Harnblasen- geschwulst, Teilresektion/ Verpflanzung eines Harnleiters | 2220 | 129,40 | 1842 | Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors | 3230 | 188,27 |
| 1765 | Hodenentfernung, einseitig | 739 | 43,07 | 1807 | Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon | 4070 | 237,23 | 1843 | Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes | 4160 | 242,48 |
| 1766 | Hodenentfernung, beidseitig | 1200 | 69,94 | 1808 | Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter | 4800 | 279,78 | 1844 | Implantation einer Niere | 4990 | 290,85 |
| 1767 | Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme | 463 | 26,99 | 1809 | Totale retroperitoneale Lymphadenektomie | 4610 | 268,70 | 1845 | Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden | 4160 | 242,48 |
| 1768 | Operation eines Leistenhodens, einseitig | 1200 | 69,94 | 1810 | Ureterverweilschiene/Ureterkatheer | 340 | 19,82 | 1846 | Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation | 3230 | 188,27 |
| 1769 | Operation eines Leistenhodens, beidseitig | 1480 | 86,27 | <i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | 1847 | Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation | 2220 | 129,40 |
| 1771 | Entfernung eines Nebenhodens | 924 | 53,86 | 1811 | Harnleiterbougie | 900 | 52,46 | 1848 | Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation | 3500 | 204,01 |
| 1772 | Entfernung beider Nebenhoden | 1480 | 86,27 | 1812 | Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitzung des Harnleiterostiums | 1110 | 64,70 | 1849 | Explantation/plastische Versor- gung/Replantation einer Niere | 6500 | 378,87 |
| 1775 | Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden | 45 | 2,62 | <i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | 1850 | Perkutane Anlage einer Nieren- fistel, mit Spülung/Verband | 1250 | 72,86 |
| 1776 | Eröffnung eines Prostataabszesses, vom Damm aus | 370 | 21,57 | 1813 | Schlitzung des Harnleiterostiums | 481 | 28,04 | 1851 | Transkutane Pyeloskopie | 700 | 40,80 |
| 1777 | Elektro-/Kryoresektion der Prostata | 924 | 53,86 | 1814 | Operative Entfernung von Harnleitersteinen | 2220 | 129,40 | 1852 | Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung | 1200 | 69,94 |
| 1778 | Operative Entfernung, Prostataade- noms, auch transurethral | 1850 | 107,83 | 1815 | Operative Entfernung von Harnleitersteinen | 2770 | 161,46 | <i>Neben der Leistung nach Nrn. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| 1779 | Totale Entfernung, Prostata/ Samenblasen | 2590 | 150,96 | 1816 | Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose | 3750 | 218,58 | 1853 | Operative Entfernung einer Nebenniere | 3230 | 188,27 |
| 1780 | Plastische Operation bei Harninkontinenz | 1850 | 107,83 | 1817 | Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig | 2590 | 150,96 | 1854 | Operative Entfernung beider Nebennieren | 4160 | 242,48 |
| 1781 | Operative Behandlung bei Harnin- kontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels | 2770 | 161,46 | 1818 | Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig | 3330 | 194,10 | 1855 | Extrakorporale Stoßwellenlitho- tripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung | 6000 | 349,72 |
| 1782 | Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau | 1110 | 64,70 | 1819 | Eröffnung eines paranephritischen Abszesses | 463 | 26,99 | L. CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE | | | |
| 1783 | Pelvine Lymphknotenausträumung | 1850 | 107,83 | 1820 | Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787 | 1500 | 87,43 | Allgemeine Bestimmungen | | | |
| 1784 | Totale Entfernung der Prostata/ Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung | 3500 | 204,01 | 1821 | Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung | 1500 | 87,43 | Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte metho- disch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungs- beschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden. Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 2990 oder Nr. 3135 zu kürzen. | | | |
| 1785 | Zystoskopie | 207 | 12,07 | 1822 | Harnleiterfreilegung | 2590 | 150,96 | | | | |
| 1786 | Zystoskopie mit Gewebeentnahme | 355 | 20,69 | 1823a | Ureterolyse | 1110 | 64,70 | | | | |
| 1787 | Kombinierte Zystourethroskopie | 252 | 14,69 | <i>Die Leistungen nach den Nrn. 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | | | | | |
| 1788 | Zystoskopie mit Harnleitersondie- rung | 296 | 17,25 | | | | | | | | |
| 1789 | Chromozystoskopie | 325 | 18,94 | | | | | | | | |
| 1790 | Zystoskopie mit Harnleitersondie- rung und Kontrastmittel | 370 | 21,57 | | | | | | | | |
| 1791 | Tonographische Untersuchung der Harn- blase/ Funktionsprüfung des Schließ- muskels, mit Katheterisierung | 148 | 8,63 | | | | | | | | |
| 1792 | Uroflowmetrie | 212 | 12,36 | | | | | | | | |
| 1793 | Manometrische Untersuchung der Harnblase | 400 | 23,31 | | | | | | | | |
| <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | | |
| 1794 | Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung | 680 | 39,64 | | | | | | | | |
| <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 1794 ist die Leistung nach Nr. 1793 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | | | | | | | |
| 1795 | Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Kathetereinlegung | 273 | 15,91 | | | | | | | | |
| 1796 | Anlegung einer Harnblasenfistel | | | | | | | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|---|--|----------------|-------------------|---|---|----------------|-------------------|------|--|----------------|-------------------|
| I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung | | | | | | | | | | | |
| 2000 | Erstversorgung, kleine Wunde | 70 | 4,08 | 2064 | nach Nr. 2062 Sehnen-/Faszien-/Muskelver- längerung | 126 | 7,34 | 2113 | bogen-/Kniegelenk | 1480 | 86,27 |
| 2001 | Versorgung, kleine Wunde, mit Naht | 130 | 7,58 | 2065 | Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung | 924 | 53,86 | 2117 | Synovektomie, Hüftgelenk | 1850 | 107,83 |
| 2002 | Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht | 160 | 9,33 | 2066 | Eröffnung der Hohlhandphlegmone | 250 | 14,57 | 2118 | Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk | 463 | 26,99 |
| 2003 | Erstversorgung, große/verunrein- igte Wunde | 130 | 7,58 | 2067 | Operation, Hand-/Fußmißbildung | 1660 | 96,76 | 2119 | Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk | 1480 | 86,27 |
| 2004 | Versorgung, große Wunde, mit Naht | 240 | 13,99 | 2070 | Operation, Karpal-/Tarsaltunnel- syndrom oder Muskelkanalbildung | 1660 | 96,76 | 2120 | Denervation, Finger-/Zehengelenk | 650 | 37,89 |
| 2005 | Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht | 400 | 23,31 | 2071 | Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat | 1850 | 107,83 | 2121 | Denervation, Hand-/Ellenbogen-/ Fuß-/Kniegelenk | 1300 | 75,77 |
| <i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfä- hig, wenn die Exzision des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i> | | | | | | | | | | | |
| 2006 | Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde | 63 | 3,67 | 2072 | Offene Sehnen-/Muskeldurch- schneidung | 463 | 26,99 | 2122 | Resektion, Finger-/Zehengelenk | 407 | 23,72 |
| 2007 | Entfernung von Fäden/Klammern | 40 | 2,33 | 2073 | Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung | 650 | 37,89 | 2123 | Resektion, Kiefer-/Hand-/Fuß- gelenk | 1110 | 64,70 |
| 2008 | Wund-/Fistelspaltung | 90 | 5,25 | 2074 | Verpflanzung, Sehne/Muskel | 1100 | 64,12 | 2124 | Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk | 1850 | 107,83 |
| 2009 | Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche | 100 | 5,83 | 2075 | Sehnenverkürzung/-raffung | 924 | 53,86 | 2125 | Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk | 2220 | 129,40 |
| 2010 | Fremdkörper-Entfernung, tiefsitzend in Weichteilen/Knochen | 379 | 22,09 | 2076 | Operative Lösung von Verwachs- ungen um eine Sehne | 950 | 55,37 | 2126 | Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese | 2770 | 161,46 |
| 2015 | Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen | 60 | 3,50 | 2080 | Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung | 463 | 26,99 | 2130 | Operative Versteifung, Finger-/ Zehengelenk | 650 | 37,89 |
| II. Extremitätenchirurgie | | | | | | | | | | | |
| 2029 | Anlegen einer Blutleere/-sperre, Extremität | 50 | 2,91 | 2081 | Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie | 924 | 53,86 | 2131 | Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk | 1300 | 75,77 |
| 2030 | Eröffnung, subkutanes Panaritium/ Paronychie, mit Nagel-Exzaktion | 130 | 7,58 | 2082 | Operative Herstellung eines Sehnenbettes | 1650 | 96,17 | 2132 | Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation | 2770 | 161,46 |
| 2031 | Eröffnung, ossales Panaritium/ Sehnenscheidenpanaritium | 189 | 11,02 | 2083 | Freie Sehnen transplantation | 1650 | 96,17 | 2133 | Operative Versteifung, Kniege- lenk | 2100 | 122,40 |
| 2032 | Anlage einer Spül-/Saugdrainage | 250 | 14,57 | 2084 | Sehnenscheidenstenosenoperation | 407 | 23,72 | 2134 | Arthroplastik, Finger-/Zehengelenk | 924 | 53,86 |
| 2033 | Nagel-Exzaktion | 57 | 3,32 | 2087 | Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Teilentfernung Palmara- poneurose | 924 | 53,86 | 2135 | Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/ Fußgelenk | 1400 | 81,60 |
| 2034 | Nagel-Ausrottung, mit Exzision der Nagelwurzel | 114 | 6,64 | 2088 | Operation, Dupuytren'sche Kon- traktur, mit Entfernung Palmara- poneurose | 1100 | 64,12 | 2136 | Arthroplastik, Ellenbogen-/ Kniegelenk | 1660 | 96,76 |
| 2035 | Plastische Operation am Nagelwall | 180 | 10,49 | 2089 | Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmaraponeu- rose/Strangresektion an Fingern/ Z-/Zickzackplastik | 1800 | 104,92 | 2137 | Arthroplastik, Schultergelenk | 2100 | 122,40 |
| 2036 | Anlegen einer Nagelspanne | 45 | 2,62 | 2090 | Spülung, Sehnenscheidenpana- ritium, je Sitzung | 63 | 3,67 | 2140 | Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese | 1000 | 58,29 |
| 2040 | Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile | 554 | 32,29 | 2091 | Sehnenscheidenradikaloperation | 924 | 53,86 | 2141 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/ Zehengelenk oder Fingerprothese | 1800 | 104,92 |
| 2041 | Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik | 700 | 40,80 | 2092 | Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger | 750 | 43,72 | 2142 | Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk | 2700 | 157,38 |
| 2042 | Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung | 1100 | 64,12 | 2093 | Spülung bei liegender Drainage | 50 | 2,91 | 2143 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußge- lenk | 4860 | 283,28 |
| 2043 | Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie | 1450 | 84,52 | III. Gelenkchirurgie | | | | | | | |
| 2044 | Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie | 1700 | 99,09 | Allgemeine Bestimmungen | | | | | | | |
| 2045 | Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk | 600 | 34,97 | Werden Leistungen nach den Nrn. 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an dem- selben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig. | | | | | | | |
| 2050 | Fingerverlängerung mittels Knochen- transplantation, mit Fernlappen- plastik | 1800 | 104,92 | Neben den Leistungen nach den Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig. | | | | | | | |
| 2051 | Operation eines Ganglions, am Hand-/Fußgelenk | 600 | 34,97 | Die Leistungen nach den Nrn. 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen dersel- ben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. | | | | | | | |
| 2052 | Operation eines Ganglions, am Fingergelenk | 554 | 32,29 | 2100 | Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh | 278 | 16,20 | 2144 | Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk | 3600 | 209,83 |
| 2053 | Replantation eines Fingers | 2400 | 139,89 | 2101 | Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/ Hand/Fuß | 554 | 32,29 | 2145 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/ Kniegelenk | 6480 | 377,70 |
| 2054 | Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation/ Daumen- Zeigefingerbildung bei Daumen- hypoplasie | 2400 | 139,89 | 2102 | Gelenkkapsel-Naht, Schulter/ Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel | 1110 | 64,70 | 2146 | Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk | 1800 | 104,92 |
| 2055 | Replantation, Hand, im Mittel- hand-/Handwurzel-/Unterarm- bereich | 7000 | 408,01 | 2103 | Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk | 1850 | 107,83 | 2147 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk | 3240 | 188,85 |
| 2056 | Replantation, Arm/Bein | 8000 | 466,30 | 2104 | Bandplastik des Kniegelenks | 2310 | 134,64 | 2148 | Neubildung eines Hüftpfannen- daches durch Beckenosteotomie | 2100 | 122,40 |
| 2060 | Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk | 230 | 31,41 | 2105 | Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk | 550 | 32,06 | 2149 | Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate | 2770 | 161,46 |
| 2061 | Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060 | 74 | 4,31 | 2106 | Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmo- se | 1110 | 64,70 | 2150 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/ Hüftpfanne | 4980 | 290,27 |
| 2062 | Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke | 370 | 21,57 | 2110 | Synovektomie, Finger-/Zehenge- lenk | 750 | 43,72 | 2151 | Endoprothetischer Totalersatz, Hüftpfanne/Hüftkopf | 3700 | 215,66 |
| 2063 | Entfernung einer Drahtstiftung | | | 2111 | Synovektomie, Hand-/Fußgelenk | 1110 | 64,70 | 2152 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne/ Hüftkopf | 6660 | 388,19 |
| | | | | 2112 | Synovektomie, Schulter-/Ellen- bogen-/Kniegelenk | 1480 | 86,27 | 2153 | Endoprothetischer Totalersatz, Kniegelenks | 3700 | 215,66 |
| | | | | | | | | 2154 | Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Total- ersatz eines Kniegelenks | 6660 | 388,19 |
| | | | | | | | | 2155 | Eröffnung, vereitertes Finger-/ Zehengelenk | 148 | 8,63 |
| | | | | | | | | 2156 | Eröffnung, vereitertes Kiefer-/ Hand-/Fußgelenk | 463 | 26,99 |
| | | | | | | | | 2157 | Eröffnung, vereitertes Schulter-/ Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbel- | | |

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

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|-------|---|----------------|-------------------|------|---|----------------|-------------------|------|---|----------------|-------------------|
| 2297 | Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenkplastik/Mittelfußosteotomie, einschließlich der Nrn. 2295 und 2296 | 1180 | 68,78 | 2354 | Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus großen Röhrenknochen | 370 | 21,57 | 2421 | Implantation, subkutanes Medikamentenreservoir | 600 | 34,97 |
| | VI. Frakturbehandlung | | | 2355 | Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch | 1110 | 64,70 | 2427 | Tiefreichende Entlastungsinzision, mit Drainage | 400 | 23,31 |
| 2320 | Einrichtung, gebrochene Nase | 189 | 11,02 | 2356 | Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch, nach Osteotomie mittels Nagelung/Verschraubung/Metallplatten/äußeren Spanner | 1480 | 86,27 | 2428 | Eröffnung, oberflächlicher Abszess/Furunkel | 80 | 4,66 |
| 2321 | Einrichtung, gebrochener Gesichtsknochen | 227 | 13,23 | 2357 | Operative Wiederherstellung, gebrochene Hüftpfanne | 2770 | 161,46 | 2429 | Eröffnung, disseminierte Abszesse der Haut | 220 | 12,82 |
| 2322 | Aufrichtung, gebrochener Wirbel | 757 | 44,12 | 2358 | Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen/gesprengte Symphyse/Kreuzdarmbeinfuge | 2100 | 122,40 | 2430 | Eröffnung, tief liegender Abszess | 303 | 17,66 |
| 2323 | Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer | 757 | 44,12 | | VII. Chirurgie der Körperoberfläche | | | 2431 | Eröffnung, Karbunkel, mit Exzision | 379 | 22,09 |
| 2324 | Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein | 152 | 8,86 | 2380 | Überpflanzung von Epidermisstücken | 310 | 18,07 | 2432 | Eröffnung, Phlegmone | 473 | 27,57 |
| 2325 | Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein, mit Nagelung/Drahtung | 567 | 33,05 | 2381 | Einfache Hautlappenplastik | 370 | 21,57 | 2440 | Operative Entfernung, Naevus flammeus, je Sitzung | 800 | 46,63 |
| 2326 | Einrichtung, gebrochenes Schulterblatt/Brustbein | 227 | 13,23 | 2382 | Schwierige Hautlappenplastik/Spalthauttransplantation | 739 | 43,07 | 2441 | Operative Korrektur, entstellende Gesichtsnarbe | 400 | 23,31 |
| 2327 | Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen | 473 | 27,57 | 2383 | Vollhauttransplantation | 1000 | 58,29 | 2442 | Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung | 900 | 52,46 |
| 2328 | Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen | 341 | 19,88 | 2384 | Knorpeltransplantation | 739 | 43,07 | 2443 | Entfernung, Narbengewebe am Augenlid, vor Rekonstruktion eines Augenlides | 800 | 46,63 |
| 2329 | Einrichtung, gebrochenes Becken | 473 | 27,57 | 2385 | Transplantation, haartragendes Hautimplantat | 1200 | 69,94 | 2444 | Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid | 300 | 17,49 |
| 2330 | Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen | 757 | 44,12 | 2386 | Schleimhauttransplantation | 688 | 40,10 | 2450 | Operation des Rhinophyms | 600 | 34,97 |
| 2331 | Einrichtung, gebrochener Knochen Handwurzel/Mittelhand/Fußwurzel/Mittelfuß | 227 | 13,23 | 2387 | Deckung eines großen Hautdefektes mit Hauttransplantaten | 1330 | 77,52 | 2451 | Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung | 2500 | 145,72 |
| 2332 | Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/Luxiertes Wirbelkörper/Wirbelgelenk | 2500 | 145,72 | 2388 | Freie Verpflanzung eines Hautlappens, in mehreren Sitzungen | 1500 | 87,43 | 2452 | Exstirpation einer Fettschürze | 1400 | 81,60 |
| 2333 | Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/luxierte Wirbelkörper/Wirbelgelenke | 3700 | 215,66 | 2389 | Anlage eines Rundstiellappens | 900 | 52,46 | 2453 | Operation, Lymphödem einer Extremität | 2000 | 116,57 |
| 2334 | Operative Stabilisierung, eine Brustwandseite | 2800 | 163,20 | 2390 | Exzision einer großen Narbe | 1000 | 58,29 | 2454 | Operative Entfernung, überstehendes Fettgewebe einer Extremität | 924 | 53,86 |
| 2335 | Einrichtung, gebrochene Knie Scheibe/Unterschenkelknochen | 473 | 27,57 | 2391 | Implantation eines Rundstiellappens | 739 | 43,07 | | VIII. Neurochirurgie | | |
| 2336 | Operative Einrichtung, gebrochene Knie Scheibe | 650 | 37,89 | 2392 | Implantation eines Rundstiellappens, mit Modellierung | 2200 | 128,23 | 2500 | Hebung, gedeckte Impressionsfraktur, Schädel | 1850 | 107,83 |
| 2337 | Einrichtung, gebrochene Fingerend-/Zehenknochen | 76 | 4,43 | 2393 | Gekreuzte Beinlappenplastik | 2500 | 145,72 | 2501 | Operation, offene Impressions-/Splinterfraktur, Schädel | 3100 | 180,69 |
| 2338 | Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen | 152 | 8,86 | 2394 | Implantation eines Hautexpanders | 900 | 52,46 | 2502 | Operation, epidurales Hämatom | 2750 | 160,29 |
| 2338a | Operative Einrichtung, gebrochener Finger-Endgliedknochen, mit Fixation durch Osteosynthese | 185 | 10,78 | 2397 | Operative Ausräumung, ausgedehntes Hämatom | 600 | 34,97 | 2503 | Operation, frische Hirnverletzung mit subduralem/intrazerebralem Hämatom | 5250 | 306,01 |
| 2339 | Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen, mit Osteosynthese | 379 | 22,09 | 2400 | Öffnung eines Körperkanalverschlusses | 111 | 6,47 | 2504 | Operation, offene Hirnverletzung, mit Dura-/Kopfschwartenplastik | 4500 | 262,29 |
| 2340 | Olekranonverschraubung/Verschraubung des Innen-/Außenknöchelbruches | 554 | 32,29 | 2401 | Probeexzision aus oberflächlichem Körpergewebe | 133 | 7,75 | 2505 | Operation, subdurales Hygrom/Hämatom beim Kleinkind | 3000 | 174,86 |
| 2344 | Osteosynthese/Exstirpation/Teillexstirpation, Knie Scheibe | 1110 | 64,70 | 2402 | Probeexzision aus tief liegendem Körpergewebe | 370 | 21,57 | 2506 | Exstirpation, chronisches subdurales Hämatom, mit Kapselentfernung | 3750 | 218,58 |
| 2345 | Tibiakopfferschraubung/Verschraubung des Fersenbeinbruches | 924 | 53,86 | 2403 | Exzision, kleine Geschwulst, Haut/Schleimhaut | 133 | 7,75 | 2507 | Entleerung/Bohrlochtrepation, chronisches subdurales Hämatoms | 1800 | 104,92 |
| 2346 | Beck'sche Bohrung | 278 | 16,20 | 2404 | Exzision, großes Geschwulst | 554 | 32,29 | 2508 | Operative Versorgung, frontobasale Schädelhirnverletzung | 4500 | 262,29 |
| 2347 | Nagelung/Drahtung, gebrochener kleiner Röhrenknochen | 370 | 21,57 | 2405 | Entfernung, Schleimbeutel | 370 | 21,57 | 2509 | Totallexstirpation, Hirnabszeß | 3750 | 218,58 |
| 2348 | Nagelung/Drahtung, kleiner Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch | 555 | 32,35 | 2407 | Exzision, ausgedehnte/blutreiche Geschwulst, mit Ausräumung des Lymphstromgebietes | 2310 | 134,64 | 2510 | Operation, intrazerebrales Hämatom | 4000 | 233,15 |
| 2349 | Nagelung/Drahtung/Verschraubung, gebrochener großer Röhrenknochen | 1110 | 64,70 | 2408 | Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Axilla | 1100 | 64,12 | 2515 | Bohrlochtrepation, Schädel Osteoklastische Trepanation, Schädel | 1500 | 87,43 |
| 2350 | Nagelung/Drahtung/Verschraubung, großer Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch | 1660 | 96,76 | 2410 | Operation, Mammatumor | 739 | 43,07 | 2517 | Osteoklastische Trepanation, Schädel, mit Wiedereinpassung des Knochendeckels | 2250 | 131,15 |
| 2351 | Nagelung/Verschraubung, gebrochener Schenkelhals | 1480 | 86,27 | 2411 | Absetzen einer Brustdrüse | 924 | 53,86 | 2518 | Eröffnung, hintere Schädelgrube | 2700 | 157,38 |
| 2352 | Nagelung/Verschraubung, Schenkelhals, bei offenem Knochenbruch | 2220 | 129,40 | 2412 | Absetzen einer Brustdrüse/Brustmuskulatur | 1400 | 81,60 | 2519 | Trepation bei Kraniostenose | 2250 | 131,15 |
| 2353 | Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen | 185 | 10,78 | 2413 | Absetzen einer Brustdrüse, mit Ausräumung Lymphstromgebiet | 2310 | 134,64 | 2525 | Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose, mit Einfassung der Knochenränder/Duraschichtresektion, beim Kleinkind | 4000 | 233,15 |
| | | | | 2414 | Reduktionsplastik, Mamma | 2800 | 163,20 | 2526 | Exstirpation, Konvexitätstumor des Großhirns | 3750 | 218,58 |
| | | | | 2415 | Aufbauplastik, Mamma, mit Verschiebeplastik/Inkorporation Mammoprothese | 2000 | 116,57 | 2527 | Exstirpation, Großhirntumor, mit Hirnlappenresektion | 5250 | 306,01 |
| | | | | 2416 | Aufbauplastik nach Mammaamputation, mit Inkorporation Mammoprothese | 3000 | 174,86 | 2528 | Exstirpation, Tumor der Mittellinie/Schädelbasistumor | 7500 | 437,15 |
| | | | | 2417 | Operative Entnahme/Implantation, Mamille | 800 | 46,63 | 2529 | Operation, intrakraniale Gefäßmissbildung | 8000 | 466,30 |
| | | | | 2418 | Replantation einer verpflanzten Mamille | 800 | 46,63 | 2530 | Intrakraniale Embolektomie | 7500 | 437,15 |
| | | | | 2419 | Rekonstruktion einer Mamille | 1200 | 69,94 | 2531 | Intrakraniale Gefäßanastomose/Gefäßtransplantation | 7500 | 437,15 |
| | | | | 2420 | Implantation/operativer Austausch einer Mammoprothese | 1100 | 64,12 | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|------|---|----------------|-------------------|---|--|----------------|-------------------|--|--|----------------|-------------------|
| 2535 | Resektion, Gehirnhemisphäre | 6000 | 349,72 | 2583 | Neurolyse | 924 | 53,86 | 2660 | Zähnen/Wurzelspitzenresektion | 500 | 29,14 |
| 2536 | Resektion, Gehirnlappen | 4500 | 262,29 | 2584 | Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung | 1480 | 86,27 | 2670 | Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich | 400 | 23,31 |
| 2537 | Durchschneidung von Nervenbahnen, Gehirn/Medulla oblongata | 6250 | 364,30 | 2585 | Nervenersatzplastik durch Implantation, peripherer Nerv, Hand/Arm | 2600 | 151,55 | 2671 | Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich | 500 | 29,14 |
| 2538 | Operation, Enzephalozele der Konvexität | 3750 | 218,58 | 2586 | End-zu-End-Naht, Nerv, bei einer frischen Verletzung | 1350 | 78,69 | 2675 | Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676 | 300 | 17,49 |
| 2539 | Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele | 6250 | 364,30 | 2587 | Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv | 1850 | 107,83 | 2676 | Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuboplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich | 850 | 49,54 |
| 2540 | Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem | 4500 | 262,29 | 2588 | Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht | 2100 | 122,40 | 2677 | Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer | 2200 | 128,23 |
| 2541 | Ventrikulozisternostomie | 4500 | 262,29 | 2589 | Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht, mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat | 2400 | 139,89 | 2678 | Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich | 700 | 40,80 |
| 2542 | Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung | 1800 | 104,92 | 2590 | Naht eines Nervenplexus | 3000 | 174,86 | 2680 | Einrenkung, Luxation Unterkiefer | 100 | 5,83 |
| 2550 | Exstirpation, Kleinhirntumor | 5000 | 291,44 | 2591 | Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus | 6000 | 349,72 | 2681 | Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer | 400 | 23,31 |
| 2551 | Exstirpation, Kleinhirnbrückenwinkel-/Stammhirntumor | 7500 | 437,15 | 2592 | Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse | 1800 | 104,92 | 2682 | Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk | 1400 | 81,60 |
| 2552 | Exstirpation, retrobulbärer Tumor | 6250 | 364,30 | 2593 | Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung | 2770 | 161,46 | 2685 | Reposition, Zahn | 200 | 11,66 |
| 2553 | Intrakranielle Operation, basale Liquorfistel, mit plastischem Verschluss | 6000 | 349,72 | 2594 | Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht | 3000 | 174,86 | 2686 | Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes | 300 | 17,49 |
| 2554 | Plastischer Verschluss, Knochendefekt des Hirnschädels | 1800 | 104,92 | 2595 | Nervenpfropfung | 1600 | 93,26 | 2687 | Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes | 1300 | 75,77 |
| 2555 | Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie | 1480 | 86,27 | 2596 | Hirnnervenersatzplastik durch Implantation | 2400 | 139,89 | 2688 | Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur | 750 | 43,72 |
| 2556 | Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie | 1850 | 107,83 | 2597 | Verödung/Verkochung des Ganglion Gasseri | 700 | 40,80 | 2689 | Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte | 1000 | 58,29 |
| 2557 | Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder-Einpflanzung von Knochenteilen | 2400 | 139,89 | 2598 | Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri | 1400 | 81,60 | 2690 | Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung | 3600 | 209,83 |
| 2560 | Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem | 3750 | 218,58 | 2599 | Blockade eines Nerven, Schädelbasis | 225 | 13,11 | 2691 | Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte | 1500 | 87,43 |
| 2561 | Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implantation von Reizelektroden | 4620 | 269,29 | 2600 | Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis | 1500 | 87,43 | 2692 | Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte | 1500 | 87,43 |
| 2562 | Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen | 2250 | 131,15 | 2601 | Grenzstrangresektion, zervikal | 1000 | 58,29 | 2693 | Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur | 1200 | 69,94 |
| 2563 | Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis | 2310 | 134,64 | 2602 | Grenzstrangresektion, abdominolumbal | 1480 | 86,27 | 2694 | Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur | 450 | 26,23 |
| 2564 | Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark | 4800 | 279,78 | 2603 | Grenzstrangresektion, thorakolumbal | 3000 | 174,86 | 2695 | Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer | 2700 | 157,38 |
| 2565 | Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im Zervikalbereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283 | 4100 | 238,98 | 2604 | Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal/retroperitoneal | 1480 | 86,27 | 2696 | Drahtumschlingung des Unterkiefers/oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig | 500 | 29,14 |
| 2566 | Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im thorakaler/lumbaler Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283 | 3000 | 174,86 | IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | | | 2697 | Anlegen von Drahtligaturen/Drahthäkchen, je Kieferhälfte | 350 | 20,14 | |
| 2570 | Implantation, Reizelektroden/Empfangsgerät, Rückenmark | 4500 | 262,29 | 2620 | Operation, isolierte Lippenspalte | 750 | 43,72 | 2698 | Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer | 1500 | 87,43 |
| 2571 | Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomenigozele/Meningozele | 2650 | 154,46 | 2621 | Operation, breite Lippen-Kieferpalte, mit Naseneingangplastik | 1500 | 87,43 | 2699 | Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer | 2200 | 128,23 |
| 2572 | Operation, Missbildung am Rückenmark, mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals/Faszienplastik | 3230 | 188,27 | 2622 | Plastisch-chirurgische Behandlung, komplette Gesichtsspalte, mit Osteotomien/Osteoplastiken | 9000 | 524,59 | 2700 | Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer | 350 | 20,40 |
| 2573 | Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584 | 500 | 29,14 | 2625 | Verschluss, Defekte am Gaumen/Vestibulum | 1250 | 72,86 | 2701 | Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen | 1800 | 104,92 |
| 2574 | Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbelkanal | 2750 | 160,29 | 2626 | Velopharyngoplastik | 2500 | 145,72 | 2702 | Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer | 300 | 17,49 |
| 2575 | Entfernung, raumbeengender intraduraler Prozess im Wirbelkanal | 3500 | 204,01 | 2627 | Verschluss, harter/weicher Gaumen | 2000 | 116,57 | 2705 | Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht | 1700 | 99,09 |
| 2576 | Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmißbildung/Tumor | 4500 | 262,29 | 2630 | Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/Osteoplastik | 6000 | 349,72 | 2706 | Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer | 1300 | 75,77 |
| 2577 | Entfernung, raumbeengender intra-/extraspinaler Prozess | 4000 | 233,15 | 2640 | Operative Verlagerung, Oberkiefer, je Kieferhälfte | 1200 | 69,94 | 2710 | Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer | 1100 | 64,12 |
| 2580 | Freilegung/Durchtrennung/Exhairese, Nerv | 554 | 32,29 | 2642 | Operative Verlagerung, Unterkiefer, je Kieferhälfte | 1850 | 107,83 | 2711 | Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642 | 750 | 43,72 |
| 2581 | Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminusast | 924 | 53,86 | 2646 | Entfernung/Osteotomie, verlagertes/retinierter Zahn | 740 | 43,13 | 2712 | Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer | 3000 | 174,86 |
| 2582 | Freilegung/Entnahme, autologer peripherer Nerv, zwecks Transplantation | 1800 | 104,92 | 2651 | Fremdkörper-Entfernung/Sequestrotomie/Osteotomie, Kiefer | 550 | 32,06 | | | | |
| | | | | 2655 | Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste | 950 | 55,37 | | | | |
| | | | | 2656 | Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion | 620 | 36,14 | | | | |
| | | | | 2657 | Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste | 760 | 44,33 | | | | |
| | | | | 2658 | Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von | | | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|------------------------------------|---|----------------|-------------------|--------------------------------|---|----------------|-------------------|---|---|----------------|-------------------|
| 2715 | Suprahyoideale Lymphknoten- ausräumung einer Seite | 2000 | 116,57 | 2828 | großes Thoraxgefäß | 7500 | 437,15 | 2952 | Resektion, Halsrippe/1. Rippe | 1110 | 64,70 |
| 2716 | Radikale Halslymphknoten- ausräumung einer Seite | 5000 | 291,44 | 2829 | Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung | 3000 | 174,86 | 2953 | Thorakoplastik | 3140 | 183,02 |
| 2720 | Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden | 800 | 46,63 | 2834 | Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung | 5200 | 303,09 | 2954 | Thorakoplastik, mit Höhleneröff- nung | 4620 | 269,29 |
| 2730 | Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte | 500 | 29,14 | 2835 | Operation, Nierengefäß | 1480 | 86,27 | 2955 | Thorakoplastik, mit Entschwartung | 5000 | 291,44 |
| 2732 | Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten | 2000 | 116,57 | 2836 | Rekonstruktive Operation, Aorta ab- dominalis, bei Stenose/Verschluss | 4500 | 262,29 | 2956 | Brustwandteilresektion | 2100 | 122,40 |
| X. Halschirurgie | | | | 2837 | Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma | 5000 | 291,44 | 2957 | Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung | 3000 | 174,86 |
| 2750 | Eröffnung des Schlundes durch Schnitt | 1110 | 64,70 | 2838 | Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma | 5000 | 291,44 | 2959 | Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung | 5100 | 297,27 |
| 2751 | Tracheotomie | 554 | 32,29 | 2839 | Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß | 5000 | 291,44 | 2960 | Operation, Brustkorbdeformität | 3000 | 174,86 |
| 2752 | Exstirpation, Ductus thyroglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresek- tion Zungenbein | 1350 | 78,69 | 2840 | Rekonstruktive Operation, Nierenarterie | 4300 | 250,64 | 2970 | Anlage, Pleuradrainage | 554 | 32,29 |
| 2753 | Divertikelresektion, Hals | 1660 | 96,76 | 2841 | Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig | 3000 | 174,86 | 2971 | Spülung, Pleuraum | 148 | 8,63 |
| 2754 | Operation, Kiemengangfistel | 1660 | 96,76 | 2842 | Rekonstruktive Operation, Kniekehlarterien | 2000 | 116,57 | 2972 | Pleurgewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung | 666 | 38,82 |
| 2755 | Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse | 1850 | 107,83 | 2843 | Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig | 3700 | 215,66 | 2973 | Pleurektomie, einseitig | 2220 | 129,40 |
| 2756 | Ausschälung, Nebenschilddrüse | 2200 | 128,23 | 2844 | Rekonstruktive Operation, arterio- venöse Fistel, Extremitäten/Hals | 3700 | 215,66 | 2974 | Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell | 3140 | 183,02 |
| 2757 | Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromge- biete/Nachbarorgane | 3700 | 215,66 | 2880 | Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/ Bauchraum | 5500 | 320,58 | 2975 | Dekortikation, Lunge | 4800 | 279,78 |
| 2760 | Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite | 1200 | 69,94 | 3. Venenchirurgie | | | | 2976 | Ausräumung, Hämatothorax | 2000 | 116,57 |
| XI. Gefäßchirurgie | | | | 2881 | Inzision, Varixknoten | 148 | 8,63 | 2977 | Thorakokaustik, bei Spontanpneumothorax | 739 | 43,07 |
| 1. Allgemeine Verrichtungen | | | | 2882 | Varizenexhairese, einseitig | 1110 | 64,70 | 2979 | Operative Entfernung, Pleura- empyem | 1110 | 64,70 |
| 2800 | Venaesection | 275 | 16,03 | 2883 | Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig | 1850 | 107,83 | 2985 | Thorakaler Eingriff am Zwerchfell | 2220 | 129,40 |
| 2801 | Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen | 463 | 26,99 | 2885 | Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste- Exstirpation | 1200 | 69,94 | 2990 | Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken | 1110 | 64,70 |
| 2802 | Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle | 2220 | 129,40 | 2886 | Entfernung, kleine Blutadere- schwulst | 1110 | 64,70 | 2991 | Thorakotomie mit Herzmassage | 1480 | 86,27 |
| 2803 | Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals | 1480 | 86,27 | 2887 | Entfernung, große Blutadere- schwulst | 2770 | 161,46 | 2992 | Thorakotomie, mit Gewebesen- nahme für histologische/bakte- riologische Untersuchung | 1290 | 75,19 |
| 2804 | Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß | 253 | 14,75 | 2888 | Thrombektomie | 2000 | 116,57 | 2993 | Thorakotomie, mit Gewebsentnahme/intrathorakale Präparationen | 1480 | 86,27 |
| 2805 | Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß | 350 | 20,40 | 2889 | Veno-venöse Umleitung | 3140 | 183,02 | 2994 | Operative Eingriffe, Lunge | 2770 | 161,46 |
| 2807 | Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz | 739 | 43,07 | 2890 | Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt | 3700 | 215,66 | 2995 | Lob-/Pneumonektomie | 3140 | 183,02 |
| 2808 | Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz | 400 | 23,31 | 2891 | Isolierte Seitenastexstirpation/ Perforansdissektion/Perforans- ligatur | 350 | 20,40 | 2996 | Lungensegmentresektion(en) | 4000 | 233,15 |
| 2809 | Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen | 740 | 43,13 | 2892 | Rekonstruktive Operation, Körperven | 3000 | 174,86 | 2997 | Lobektomie/Lungensegment- resektion(en) | 5100 | 297,27 |
| 2810 | Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava | 5000 | 291,44 | 2893 | Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse | 1480 | 86,27 | 2998 | Bilobektomie | 4800 | 279,78 |
| 2. Arterienchirurgie | | | | 2894 | Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Trans- plantat | 2100 | 122,40 | 2999 | Pneumonektomie, mit intraperikar- dialer Gefäßversorgung/Ausräu- mung mediastinaler Lymphknoten | 5600 | 326,41 |
| 2820 | Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie | 3140 | 183,02 | 2895 | Beseitigung, arteriovenöser Shunt | 1200 | 69,94 | 3000 | Bronchotomie | 2770 | 161,46 |
| 2821 | Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt | 4200 | 244,81 | 2896 | Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis | 1500 | 87,43 | 3001 | Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem | 5800 | 338,07 |
| 2822 | Rekonstruktive Operation, Armarterie | 2300 | 134,06 | 2897 | Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis | 2220 | 129,40 | 3002 | Operative Kavernen-/ Lungenabszesseröffnung | 4800 | 279,78 |
| 2823 | Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie | 1850 | 107,83 | 2900 | Operation/Dissektion, bei porta- lem Hochdruck | 3140 | 183,02 | 3010 | Sternotomie | 1110 | 64,70 |
| 2824 | Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax | 3000 | 174,86 | 2901 | Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck | 3700 | 215,66 | 3011 | Entfernung, Mediastinaltumor | 4000 | 233,15 |
| 2825 | Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax | 6500 | 378,87 | 2902 | Operation/venöse Anastomose/ Arterialisierung, bei portalem Hochdruck | 4620 | 269,29 | 3012 | Drainage, Mediastinum | 554 | 32,29 |
| 2826 | Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß | 6500 | 378,87 | 4. Sympathikuschirurgie | | | | 3013 | Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem | 4000 | 233,15 |
| 2827 | Operation, Aneurysma, | | | 2920 | Thorakale Sympathektomie | 2000 | 116,57 | XIII. Herzchirurgie | | | |
| | | | | 2921 | Lumbale Sympathektomie | 1480 | 86,27 | 3050 | Operative Maßnahmen in Verbin- dung mit Herz-Lungen-Maschine | 1850 | 107,83 |
| XII. Thoraxchirurgie | | | | 4. Sympathikuschirurgie | | | | 3051 | Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050 | 1290 | 75,19 |
| 2950 | Resektion, eine Rippe | 739 | 43,07 | 2951 | Resektion, mehrere Rippen | 1110 | 64,70 | 3052 | Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050 | 1110 | 64,70 |
| | | | | | | | | 3053 | Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050 | 1110 | 64,70 |
| | | | | | | | | 3054 | Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation | 1850 | 107,83 |
| | | | | | | | | 3055 | Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde | 554 | 32,29 |
| | | | | | | | | <i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Ope- ration berechnungsfähig.</i> | | | |
| | | | | | | | | 3060 | Intraoperative Funktionsmes- sungen, Herz | 554 | 32,29 |
| | | | | | | | | 3065 | Operation, Perikard | 2000 | 116,57 |
| | | | | | | | | 3066 | Operation, Pericarditis constrictiva | 3140 | 183,02 |
| | | | | | | | | 3067 | Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens | 1480 | 86,27 |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|------|--|----------------|-------------------|-----|--|----------------|-------------------|---|---|----------------|-------------------|
| 3305 | der Behandlung nach Nr. 3301 Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung | 227 | 13,23 | 5. | Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt). | | | Allgemeine Bestimmungen | | | |
| 3306 | Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule | 37 | 2,16 | 6. | Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde. | | | Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. | | | |
| 3310 | Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß | 148 | 8,63 | | Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Messgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein. | | | Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden. | | | |
| 3311 | Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unterschenkel/Fuß | 76 | 4,43 | | Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird. | | | 3500 | Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung | 90 | 5,25 |
| 3312 | Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf | 152 | 8,86 | 7. | Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten. | | | <i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i> | | | |
| 3313 | Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein | 189 | 11,02 | 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. | | | 3501 | Blutsenkung | 60 | 3,50 |
| 3314 | Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter | 303 | 17,66 | 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: | | | 3502 | Differenzierung, Blutaussstrich | 120 | 6,99 |
| 3315 | Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken | 379 | 22,09 | | Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination); | | | 3503 | Hämatokrit | 70 | 4,08 |
| 3316 | Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf | 473 | 27,57 | | Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen; | | | Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße | | | |
| 3317 | Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm | 757 | 44,12 | | Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern; | | | <i>Katalog</i> | | | |
| 3320 | Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln | 946 | 55,14 | | Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten. | | | 3504 | Erythrozyten | | |
| | | 95 | 5,54 | | Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „- gegebenfalls 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. | | | 3505 | Leukozyten | | |
| | <i>Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i> | | | | | | | 3506 | Thrombozyten | | |
| 3321 | Konstruktionsplan für großes orthopädisches Hilfsmittel | 152 | 8,86 | | | | | 3508 | Mikroskopie, Nativpräparat, je Material | 80 | 4,66 |
| | | | | | | | | 3509 | Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material | 100 | 5,83 |
| | | | | | | | | 3510 | Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat | 120 | 6,99 |
| | | | | | | | | 3511 | Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung | 50 | 2,91 |
| | | | | | | | | <i>Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.</i> | | | |
| | | | | | | | | <i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| | | | | | | | | Untersuchung, je Messgröße | | 70 | 4,08 |
| | | | | | | | | <i>Katalog</i> | | | |
| | | | | | | | | 3512 | Alpha-Amylase | | |
| | | | | | | | | 3513 | Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) | | |
| | | | | | | | | 3514 | Glukose | | |
| | | | | | | | | 3515 | Glutaminoxalazetattransaminase (GOT) | | |
| | | | | | | | | 3516 | Glutaminyruvattransaminase (GPT) | | |
| | | | | | | | | 3517 | Hämoglobin | | |
| | | | | | | | | 3518 | Harnsäure | | |
| | | | | | | | | 3519 | Kalium | | |
| | | | | | | | | 3520 | Kreatinin | | |
| | | | | | | | | 3521 | Lipase | | |
| | | | | | | | | Untersuchung, je Messgröße | | 100 | 5,83 |
| | | | | | | | | <i>Katalog</i> | | | |
| | | | | | | | | 3523 | Antistreptolysin (ASL) | | |
| | | | | | | | | 3524 | C-reaktives Protein (CRP) | | |
| | | | | | | | | 3525 | Mononukleotest | | |
| | | | | | | | | 3526 | Rheumafaktor (RF) | | |
| | | | | | | | | 3528 | Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l) | 130 | 7,58 |
| | | | | | | | | 3529 | Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l) | 150 | 8,74 |
| | | | | | | | | 3530 | Thromboplastinzeit (Quickwert) | 120 | 6,99 |
| | | | | | | | | 3531 | Urinsediment | 70 | 4,08 |
| | | | | | | | | 3532 | Mikroskopie, Urinsediment | 90 | 5,25 |

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

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

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

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

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|---|----------|----------------|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|--|----------------|-------------------|
| 14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | Glukose/Wachstumshormon/ Insulin) | | | |
| Allgemeine Bestimmung | | | | 4070 | Thyroglobulin, Ligandenassay | 900 | 52,46 | 4102 | GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung Wachstumshormon) | 2100 | 122,40 |
| Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten. | | | | Hormonbestimmung, Chromatographie/ Photometrie | | | | 4103 | HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron) | 700 | 40,80 |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | <i>Katalog</i> | | | | 4104 | Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid) | 960 | 55,96 |
| 250 14,57 | | | | 4071 | 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES) | | | 4105 | Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin) | 500 | 29,14 |
| <i>Katalog</i> | | | | 4072 | Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin | | | 4106 | Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol) | 3840 | 223,82 |
| 4020 Cortisol | | | | 4073 | Homovanillinsäure im Urin (HVA) | | | 4107 | Laktat-Ischämietest (fünfmalige Bestimmung Laktat) | 900 | 52,46 |
| 4021 Folitropin (FSH) | | | | 4074 | Metanephriene | | | 4108 | Laktose-Toleranztest (fünfmalige Bestimmung Glukose) | 200 | 11,66 |
| 4022.H4 Freies Trijodthyronin (fT3) | | | | 4075 | Serotonin | | | 4109 | LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH) | 1000 | 58,29 |
| 4023.H4 Freies Thyroxin (fT4) | | | | 4076 | Steroidprofil | | | 4110 | MEGX-Test (Monoethylglycinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX) | 500 | 29,14 |
| 4024 Humanes Choriongonadotropin (HCG) | | | | 4077 | Vanillinmandelsäure (VMA) | | | 4111 | Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Protaktin) | 700 | 40,80 |
| 4025 Insulin | | | | 4078 | Ähnliche Untersuchungen | | | 4112 | Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin) | 2880 | 167,87 |
| 4026 Luteotropin (LH) | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4113 | Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron) | 1920 | 111,91 |
| 4027 Östriol | | | | 4079 | Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromato- graphie-Massenspektrometrie | 350 | 20,40 | 4114 | Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron) | 1920 | 111,91 |
| 4028 Plazentalaktogen (HPL) | | | | 4080 | 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES) | 120 | 6,99 | 4115 | Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin) | 1920 | 111,91 |
| 4029.H4 T3-Uptake-Test | | | | 4081 | Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l) | 120 | 6,99 | 4116 | Sekretin-Pankreozymin-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat) | 1080 | 62,95 |
| 4030 Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH) | | | | 4082 | Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l) | 140 | 8,16 | 4117 | TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH) | 500 | 29,14 |
| 4031.H4 Thyroxin | | | | 4083 | Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung | 570 | 33,22 | 4118 | Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A) | 720 | 41,97 |
| 4032.H4 Trijodthyronin | | | | 4084 | Gesamt-Östrogene im Urin | 570 | 33,22 | 16. Porphyrine und ihre Vortäuf | | | |
| 4033 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4085 | Vanillinmandelsäure im Urin (VMA) | 250 | 14,57 | 4120 | Delta-Aminolaevulinsäure | 570 | 33,22 |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4086 | Östrogenrezeptoren | 1200 | 69,94 | 4121 | Gesamt-Porphyrine, photometrisch | 250 | 14,57 |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4087 | Progesteronrezeptoren | 1200 | 69,94 | 4122 | Gesamt-Porphyrine, qualitativ | 120 | 6,99 |
| 350 20,40 | | | | 4088 | Anderere Hormonrezeptoren | 1200 | 69,94 | 4123 | Porphobilinogen (PBG), qualitativ | 60 | 3,50 |
| <i>Katalog</i> | | | | 4089 | Tumornekrosefaktorrezeptor (p55) | 450 | 26,23 | 4124 | Porphobilinogen (PBG) | 570 | 33,22 |
| 4035 17-Alpha-Hydroxyprogesteron | | | | 15. Funktionsteste | | | | 4125 | Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material | 570 | 33,22 |
| 4036 Androstendion | | | | Allgemeine Bestimmungen | | | | 4126 | Porphyrinprofil, Dünnschicht- chromatographie, je Material | 460 | 26,81 |
| 4037 Dehydroepiandrosteron (DHEA) | | | | Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. | | | | 17. Spurenelemente, Vitamine | | | |
| 4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) | | | | Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden. | | | | 4130 | Eisen im Urin | 120 | 6,99 |
| 4039 Östradiol | | | | 4090 | ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | 500 | 29,14 | 4131 | Kupfer im Serum/Plasma | 40 | 2,33 |
| 4040 Progesteron | | | | 4091 | ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | 500 | 29,14 | 4132 | Kupfer im Urin | 410 | 23,90 |
| 4041 Prolaktin | | | | 4092 | Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin) | 1140 | 66,45 | 4133 | Mangan | 410 | 23,90 |
| 4042 Testosteron | | | | 4093 | Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol) | 1000 | 58,29 | 4134 | Selen | 410 | 23,90 |
| 4043 Wachstumshormon (HGH) | | | | 4094 | CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol) | 2190 | 127,65 | 4135 | Zink | 90 | 5,25 |
| 4044 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4095 | D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose) | 200 | 11,66 | 4138 | 25-Hydroxy-Vitamin D | 480 | 27,98 |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4096 | Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen) | 120 | 6,99 | 4139 | 1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol) | 750 | 43,72 |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4097 | Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | 500 | 29,14 | 4140 | Folsäure/Vitamin B12 | 250 | 14,57 |
| 480 27,98 | | | | 4098 | Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | 500 | 29,14 | Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4099 | Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | 500 | 29,14 | <i>Katalog</i> | | | |
| 4045 Aldosteron | | | | 4100 | Fraktionierte Magensekretions- analyse (Viermalige Titration HCl) | 280 | 16,32 | 4141 | Vitamin A | | |
| 4046 C-Peptid | | | | 4101 | Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung | | | 4142 | Vitamin E | | |
| 4047 Calcitonin | | | | 16. Porphyrine und ihre Vortäuf | | | | Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie | | | |
| 4048 cAMP | | | | Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. | | | | 570 33,22 | | | |
| 4049 Corticotropin (ACTH) | | | | 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. | | | | 250 14,57 | | | |
| 4050 Erythropoetin | | | | 4090 ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | 120 6,99 | | | |
| 4051 Gastrin | | | | 4091 ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | 60 3,50 | | | |
| 4052 Glukagon | | | | 4092 Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin) | | | | 570 33,22 | | | |
| 4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauteringravidität | | | | 4093 Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol) | | | | 570 33,22 | | | |
| 4054 Osteocalcin | | | | 4094 CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol) | | | | 460 26,81 | | | |
| 4055 Oxytocin | | | | 4095 D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose) | | | | | | | |
| 4056 Parathormon | | | | 4096 Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen) | | | | | | | |
| 4057 Reninaktivität (PRA) | | | | 4097 Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4058 Reninkonzentration | | | | 4098 Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4060 Somatomedin | | | | 4099 Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4061 Vasopressin (Adiuretin, ADH) | | | | 4100 Fraktionierte Magensekretions- analyse (Viermalige Titration HCl) | | | | | | | |
| 4062 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4101 Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 17. Spurenelemente, Vitamine | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. | | | | | | | |
| 750 43,72 | | | | 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. | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4090 ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4064 Gastric inhibitory Polypeptid (GIP) | | | | 4091 ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4065 Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH) | | | | 4092 Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin) | | | | | | | |
| 4066 Pankreatisches Polypeptid (PP) | | | | 4093 Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4067 Parathyroid hormone related peptide | | | | 4094 CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol) | | | | | | | |
| 4068 Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP) | | | | 4095 D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose) | | | | | | | |
| 4069 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4096 Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen) | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4097 Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4098 Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 350 20,40 | | | | 4099 Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4100 Fraktionierte Magensekretions- analyse (Viermalige Titration HCl) | | | | | | | |
| 4035 17-Alpha-Hydroxyprogesteron | | | | 4101 Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung | | | | | | | |
| 4036 Androstendion | | | | 4102 Thyroglobulin, Ligandenassay | | | | | | | |
| 4037 Dehydroepiandrosteron (DHEA) | | | | 4103 HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron) | | | | | | | |
| 4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) | | | | 4104 Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid) | | | | | | | |
| 4039 Östradiol | | | | 4105 Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin) | | | | | | | |
| 4040 Progesteron | | | | 4106 Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol) | | | | | | | |
| 4041 Prolaktin | | | | 4107 Laktat-Ischämietest (fünfmalige Bestimmung Laktat) | | | | | | | |
| 4042 Testosteron | | | | 4108 Laktose-Toleranztest (fünfmalige Bestimmung Glukose) | | | | | | | |
| 4043 Wachstumshormon (HGH) | | | | 4109 LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH) | | | | | | | |
| 4044 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4110 MEGX-Test (Monoethylglycinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX) | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4111 Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Protaktin) | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4112 Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin) | | | | | | | |
| 480 27,98 | | | | 4113 Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron) | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4114 Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron) | | | | | | | |
| 4045 Aldosteron | | | | 4115 Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin) | | | | | | | |
| 4046 C-Peptid | | | | 4116 Sekretin-Pankreozymin-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat) | | | | | | | |
| 4047 Calcitonin | | | | 4117 TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH) | | | | | | | |
| 4048 cAMP | | | | 4118 Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A) | | | | | | | |
| 4049 Corticotropin (ACTH) | | | | 16. Porphyrine und ihre Vortäuf | | | | | | | |
| 4050 Erythropoetin | | | | 4120 Delta-Aminolaevulinsäure | | | | | | | |
| 4051 Gastrin | | | | 4121 Gesamt-Porphyrine, photometrisch | | | | | | | |
| 4052 Glukagon | | | | 4122 Gesamt-Porphyrine, qualitativ | | | | | | | |
| 4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauteringravidität | | | | 4123 Porphobilinogen (PBG), qualitativ | | | | | | | |
| 4054 Osteocalcin | | | | 4124 Porphobilinogen (PBG) | | | | | | | |
| 4055 Oxytocin | | | | 4125 Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material | | | | | | | |
| 4056 Parathormon | | | | 4126 Porphyrinprofil, Dünnschicht- chromatographie, je Material | | | | | | | |
| 4057 Reninaktivität (PRA) | | | | 17. Spurenelemente, Vitamine | | | | | | | |
| 4058 Reninkonzentration | | | | 4130 Eisen im Urin | | | | | | | |
| 4060 Somatomedin | | | | 4131 Kupfer im Serum/Plasma | | | | | | | |
| 4061 Vasopressin (Adiuretin, ADH) | | | | 4132 Kupfer im Urin | | | | | | | |
| 4062 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4133 Mangan | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4134 Selen | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4135 Zink | | | | | | | |
| 750 43,72 | | | | 4138 25-Hydroxy-Vitamin D | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4139 1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol) | | | | | | | |
| 4064 Gastric inhibitory Polypeptid (GIP) | | | | 4140 Folsäure/Vitamin B12 | | | | | | | |
| 4065 Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH) | | | | Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie | | | | | | | |
| 4066 Pankreatisches Polypeptid (PP) | | | | 360 20,98 | | | | | | | |
| 4067 Parathyroid hormone related peptide | | | | <i>Katalog</i> | | | | | | | |
| 4068 Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP) | | | | 4141 Vitamin A | | | | | | | |
| 4069 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4142 Vitamin E | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 570 33,22 | | | | | | | |
| 350 20,40 | | | | Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 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. | | | | | | | |
| 4035 17-Alpha-Hydroxyprogesteron | | | | 4090 ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4036 Androstendion | | | | 4091 ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4037 Dehydroepiandrosteron (DHEA) | | | | 4092 Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin) | | | | | | | |
| 4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) | | | | 4093 Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4039 Östradiol | | | | 4094 CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol) | | | | | | | |
| 4040 Progesteron | | | | 4095 D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose) | | | | | | | |
| 4041 Prolaktin | | | | 4096 Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen) | | | | | | | |
| 4042 Testosteron | | | | 4097 Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4043 Wachstumshormon (HGH) | | | | 4098 Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| 4044 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4099 Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol) | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4100 Fraktionierte Magensekretions- analyse (Viermalige Titration HCl) | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4101 Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung | | | | | | | |
| 480 27,98 | | | | 4102 Thyroglobulin, Ligandenassay | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4103 HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron) | | | | | | | |
| 4045 Aldosteron | | | | 4104 Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid) | | | | | | | |
| 4046 C-Peptid | | | | 4105 Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin) | | | | | | | |
| 4047 Calcitonin | | | | 4106 Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol) | | | | | | | |
| 4048 cAMP | | | | 4107 Laktat-Ischämietest (fünfmalige Bestimmung Laktat) | | | | | | | |
| 4049 Corticotropin (ACTH) | | | | 4108 Laktose-Toleranztest (fünfmalige Bestimmung Glukose) | | | | | | | |
| 4050 Erythropoetin | | | | 4109 LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH) | | | | | | | |
| 4051 Gastrin | | | | 4110 MEGX-Test (Monoethylglycinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX) | | | | | | | |
| 4052 Glukagon | | | | 4111 Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Protaktin) | | | | | | | |
| 4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauteringravidität | | | | 4112 Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin) | | | | | | | |
| 4054 Osteocalcin | | | | 4113 Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron) | | | | | | | |
| 4055 Oxytocin | | | | 4114 Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron) | | | | | | | |
| 4056 Parathormon | | | | 4115 Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin) | | | | | | | |
| 4057 Reninaktivität (PRA) | | | | 4116 Sekretin-Pankreozymin-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat) | | | | | | | |
| 4058 Reninkonzentration | | | | 4117 TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH) | | | | | | | |
| 4060 Somatomedin | | | | 4118 Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A) | | | | | | | |
| 4061 Vasopressin (Adiuretin, ADH) | | | | 16. Porphyrine und ihre Vortäuf | | | | | | | |
| 4062 Ähnliche Untersuchungen | | | | 4120 Delta-Aminolaevulinsäure | | | | | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4121 Gesamt-Porphyrine, photometrisch | | | | | | | |
| Hormonbestimmung, Ligandenassay | | | | 4122 Gesamt-Porphyrine, qualitativ | | | | | | | |
| 750 43,72 | | | | 4123 Porphobilinogen (PBG), qualitativ | | | | | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | 4124 Porphobilinogen (PBG) | | | | | | | |
| 4045 Aldosteron | | | | 4125 Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|--|-------------------------|----------------|-------------------|---|----------|----------------|-------------------|---|--|----------------|-------------------|
| <i>Katalog</i> | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | 4242 | Listerien, je Typ | | |
| 4144 | 25-Hydroxy-Vitamin D | | | | | | | 4243 | Rickettsien | | |
| 4145 | Vitamin B1 | | | | | | | 4244 | Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen | | |
| 4146 | Vitamin B6 | | | | | | | 4245 | Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen | | |
| 4147 | Vitamin K | | | | | | | 4246 | Staphylolysin | | |
| 18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen | | | | | | | | 4247 | Streptolysin | | |
| Untersuchung, Ligandenassay | | 250 | 14,57 | | | | | 4248 | Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test) | | |
| <i>Katalog</i> | | | | | | | | 4249 | Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ | | |
| 4150 | Amikacin | | | | | | | 4250 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4151 | Amphetamin | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4152 | Azetaminophen | | | | | | | Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz | | | |
| 4153 | Barbiturate | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| 4154 | Benzodiazepine | | | | | | | 4251 | Bordetella pertussis | 290 | 16,90 |
| 4155 | Cannabinoide | | | | | | | 4252 | Borrelia burgdorferi | | |
| 4156 | Carbamazepin | | | | | | | 4253 | Chlamydia trachomatis | | |
| 4157 | Chinidin | | | | | | | 4254 | Coxiella burneti | | |
| 4158 | Cocainmetabolite | | | | | | | 4255 | Legionella pneumophila | | |
| 4160 | Desipramin | | | | | | | 4256 | Leptospiren (IgA/IgG/IgM) | | |
| 4161 | Digitoxin | | | | | | | 4257 | Mycoplasma pneumoniae | | |
| 4162 | Digoxin | | | | | | | 4258 | Rickettsien | | |
| 4163 | Disopyramid | | | | | | | 4259 | Treponema pallidum (FTA-ABS-Test) | | |
| 4164 | Ethosuximid | | | | | | | 4260 | Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test) | | |
| 4165 | Flecainid | | | | | | | 4261 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4166 | Gentamicin | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4167 | Lidocain | | | | | | | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz | | | |
| 4168 | Methadon | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| 4169 | Methotrexat | | | | | | | 4263 | Bordetella pertussis | 510 | 29,73 |
| 4170 | N-Azetylprocainamid | | | | | | | 4264 | Borrelia burgdorferi | | |
| 4171 | Netilmicin | | | | | | | 4265 | Chlamydia trachomatis | | |
| 4172 | Opiate | | | | | | | 4266 | Coxiella burneti | | |
| 4173 | Phenobarbital | | | | | | | 4267 | Legionella pneumophila | | |
| 4174 | Phenytoin | | | | | | | 4268 | Mycoplasma pneumoniae | | |
| 4175 | Primidon | | | | | | | 4269 | Rickettsien | | |
| 4176 | Propaphenon | | | | | | | 4270 | Treponema pallidum (FTA-ABS-Test) | | |
| 4177 | Salizylat | | | | | | | 4271 | Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test) | | |
| 4178 | Streptomycin | | | | | | | 4272 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4179 | Theophyllin | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4180 | Tobramicin | | | | | | | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz | | | |
| 4181 | Valproinsäure | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| 4182 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | 4273 | Treponema pallidum (19S-IgM-FTA-ABS-Test) | 800 | 46,63 |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| 4185 | Cyclosporin | 300 | 17,49 | | | | | 4275 | Campylobacter | 250 | 14,57 |
| Untersuchung, Ligandenassay | | 700 | 40,80 | | | | | 4276 | Chlamydia psittaci | | |
| <i>Katalog</i> | | | | | | | | 4277 | Chlamydia trachomatis | | |
| 4186 | Amitriptylin | | | | | | | 4278 | Coxiella burneti | | |
| 4187 | Imipramin | | | | | | | 4279 | Gonokokken | | |
| 4188 | Nortriptylin | | | | | | | 4280 | Leptospiren | | |
| Untersuchung, Atomabsorption | | 410 | 23,90 | | | | | 4281 | Listerien | | |
| <i>Katalog</i> | | | | | | | | 4282 | Mycoplasma pneumoniae | | |
| 4190 | Aluminium | | | | | | | 4283 | Treponema pallidum | | |
| 4191 | Arsen | | | | | | | 4284 | Yersinien | | |
| 4192 | Blei | | | | | | | 4285 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4193 | Cadmium | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4194 | Chrom | | | | | | | Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay | | | |
| 4195 | Gold | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| 4196 | Quecksilber | | | | | | | 4286 | Borrelia burgdorferi | 350 | 20,40 |
| 4197 | Thallium | | | | | | | 4287 | Campylobacter | | |
| 4198 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | | | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion | | | |
| Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung | | 360 | 20,98 | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| <i>Katalog</i> | | | | | | | | 4235 | Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion) | 230 | 13,41 |
| 4199 | Amiodarone | | | | | | | 4236 | Borrelia burgdorferi | | |
| 4200 | Antiepileptika | | | | | | | 4237 | Brucellen | | |
| 4201 | Chinidin | | | | | | | 4238 | Campylobacter | | |
| 4202 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | 4239 | Francisellen | | |
| | | | | | | | | 4240 | Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ | | |
| | | | | | | | | 4241 | Leptospiren | | |
| | | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| | | | | | | | | 19. Antikörper gegen Bakterienantigene | | | |
| | | | | | | | | Allgemeine Bestimmung | | | |
| | | | | | | | | Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig. | | | |
| | | | | | | | | Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion | | | |
| | | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |
| | | | | | | | | 4220 | Borrelia burgdorferi | 90 | 5,25 |
| | | | | | | | | 4221 | Brucellen | | |
| | | | | | | | | 4222 | Campylobacter | | |
| | | | | | | | | 4223 | Francisellen | | |
| | | | | | | | | 4224 | Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ | | |
| | | | | | | | | 4225 | Leptospiren | | |
| | | | | | | | | 4226 | Listerien, je Typ | | |
| | | | | | | | | 4227 | Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion) | | |
| | | | | | | | | 4228 | Salmonellen-H-Antigene | | |
| | | | | | | | | 4229 | Salmonellen-O-Antigene | | |
| | | | | | | | | 4230 | Staphylolysin | | |
| | | | | | | | | 4231 | Streptolysin | | |
| | | | | | | | | 4232 | Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test) | | |
| | | | | | | | | 4233 | Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ | | |
| | | | | | | | | 4234 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| | | | | | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| | | | | | | | | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion | | | |
| | | | | | | | | <i>Katalog Antikörper gegen</i> | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt-zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt-zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt-zahl | Gebühr in Euro |
|------|--|------------|----------------|------|---|------------|----------------|------|---|------------|----------------|
| 4288 | Coxiella burneti | | | 4333 | Tollwut-Virus | | | | | | |
| 4289 | Leptospiren | | | 4334 | Varizella-Zoster-Virus | | | | | | |
| 4290 | Mycoplasma pneumoniae | | | 4335 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | |
| 4291 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | | | | |
| | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | |
| | Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden | | | | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz | | | | Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay | | |
| | <i>Katalog</i> | | | | <i>Katalog</i> | | | | <i>Katalog</i> | | |
| 4293 | Streptolysin, Immundiffusion | 180 | 10,49 | 4337 | Adenoviren | 510 | 29,73 | 4390 | Cytomegalie-Virus | 300 | 17,49 |
| 4294 | Streptolysin, Hämolysehemmung | 230 | 13,41 | 4338 | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA) | | | 4391 | Epstein-Barr-Virus | | |
| 4295 | Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion | 180 | 10,49 | 4339 | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG) | | | 4392 | FSME-Virus | | |
| 4296 | Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell | 120 | 6,99 | 4340 | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM) | | | 4393 | HBC-Antigen | | |
| 4297 | Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell | 120 | 6,99 | 4341 | Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus | | | 4394 | Herpes simplex-Virus | | |
| | 20. Antikörper gegen Virusantigene | | | 4342 | Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted | | | 4395 | HIV | | |
| | Allgemeine Bestimmung | | | 4343 | Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA) | | | 4396 | Masern-Virus | | |
| | <i>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.</i> | | | 4344 | FSME-Virus | | | 4397 | Mumps-Virus | | |
| | Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion | | | 4345 | Herpes simplex-Virus 1 (IgG) | | | 4398 | Röteln-Virus | | |
| | <i>Katalog</i> | | | 4346 | Herpes simplex-Virus 1 (IgM) | | | 4399 | Varizella-Zoster-Virus | | |
| 4300 | Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test) | 90 | 5,25 | 4347 | Herpes simplex-Virus 2 (IgG) | | | 4400 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4301 | Röteln-Virus | | | 4348 | Herpes simplex-Virus 2 (IgM) | | | | | | |
| 4302 | Ähnliche Untersuchungen | | | 4349 | HIV 1 | | | | | | |
| | <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | 4350 | HIV 2 | | | | | | |
| | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion | | | 4351 | Influenza A-Virus | | | | | | |
| | <i>Katalog</i> | | | 4352 | Influenza B-Virus | | | | | | |
| 4305 | Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test) | 240 | 13,99 | 4353 | Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus | | | | | | |
| 4306 | Röteln-Virus | | | 4354 | Masern-Virus | | | | | | |
| 4307 | Ähnliche Untersuchungen | | | 4355 | Mumps-Virus | | | | | | |
| | <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | 4356 | Parainfluenza-Virus 1 | | | | | | |
| | Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz | | | 4357 | Parainfluenza-Virus 2 | | | | | | |
| | <i>Katalog</i> | | | 4358 | Parainfluenza-Virus 3 | | | | | | |
| 4310 | Adenoviren | 290 | 16,90 | 4359 | Respiratory syncytial virus | | | | | | |
| 4311 | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA) | | | 4360 | Röteln-Virus | | | | | | |
| 4312 | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG) | | | 4361 | Tollwut-Virus | | | | | | |
| 4313 | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM) | | | 4362 | Varizella-Zoster-Virus | | | | | | |
| 4314 | Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus | | | 4363 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| | 21. Antikörper gegen Pilzantigene | | | | | | | | | | |
| | Allgemeine Bestimmung | | | | | | | | | | |
| | <i>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.</i> | | | | | | | | | | |
| | Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz | | | | | | | | | | |
| | <i>Katalog</i> | | | | | | | | | | |
| 4415 | Candida albicans | 290 | 16,90 | | | | | | | | |
| 4416 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | | | | |
| | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | | | | | |
| | Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz | | | | | | | | | | |
| | <i>Katalog</i> | | | | | | | | | | |
| 4418 | Candida albicans | 510 | 29,73 | | | | | | | | |
| 4419 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | | | | |
| | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | | | | | |
| | Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion | | | | | | | | | | |
| | <i>Katalog</i> | | | | | | | | | | |
| 4421 | Aspergillus | 90 | 5,25 | | | | | | | | |
| 4422 | Candida albicans | | | | | | | | | | |
| 4423 | Ähnliche Untersuchungen | | | | | | | | | | |
| | <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | | | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro |
|--|---|----------------|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|---|----------------|-------------------|
| <i>b. Züchtung</i> | | | | <i>b. Züchtung</i> | | | | <i>b. Züchtung</i> | | | |
| 4655 | Nachweis von Viren, Gewebekultur, je Ansatz | 450 | 26,23 | 4715 | Pilz-Nachweis, Züchtung auf einfachen Nährmedien, je Nährmedium | 100 | 5,83 | 4750 | Würmer/Wurmeier | | |
| <i>c. Identifizierung, Charakterisierung</i> | | | | <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | | | | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| Allgemeine Bestimmungen | | | | 4716 Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium | | | | Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung | | | |
| Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nr. 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nr. 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nrn. 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden. | | | | 4717 Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium | | | | Katalog | | | |
| 4665 | Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz | 250 | 14,57 | <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | | | | 4753 | Giemsafärbung | | |
| 4666 | Identifizierung von Viren, aufwändigere Verfahren, je Ansatz | 250 | 14,57 | <i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i> | | | | 4754 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4667 | Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Untersuchung | 250 | 14,57 | <i>c. Identifizierung/Charakterisierung</i> | | | | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4668 | Identifizierung von Virus-Antigenen, Immunoblotting, je Untersuchung | 330 | 19,23 | 4720 | Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, bis zu fünf Reaktionen, je Pilz | 120 | 6,99 | 4756 | Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, je Untersuchung | 200 | 11,66 |
| 4670 | Mikroskop./immunolog. Identifizierung von Viren, mit Markierung, je Antiserum | 290 | 16,90 | 4721 | Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, mindestens sechs Reaktionen, je Pilz | 250 | 14,57 | 4757 | Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, quantitativ, je Untersuchung | 250 | 14,57 |
| 4671 | Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzüchtung, je Untersuchung | 3180 | 185,35 | 4722 | Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung | 120 | 6,99 | 4758 | Mikroskop./immunolog. Parasiten-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum | 290 | 16,90 |
| Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung | | | | 4723 | Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum | 290 | 16,90 | 4759 | Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung | 250 | 14,57 |
| Katalog | | | | 4724 | Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung | 250 | 14,57 | <i>b. Züchtung</i> | | | |
| 4675 | Adeno-Viren | | | <i>d. Empfindlichkeitstestung</i> | | | | <i>Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung</i> | | | |
| 4676 | Influenza-Viren | | | 4727 | Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz | 120 | 6,99 | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4677 | Parainfluenza-Viren | | | 4728 | Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, Reiherverdünnungstest, je Test | 250 | 14,57 | <i>c. Identifizierung</i> | | | |
| 4678 | Rota-Viren | | | 4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten | | | | <i>Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, nach Anzüchtung, je Untersuchung</i> | | | |
| 4679 | Respiratory syncytial virus | | | <i>a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung</i> | | | | <i>Katalog</i> | | | |
| 4680 | Ähnliche Untersuchungen | | | Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung | | | | 4765 | Trichomonaden | | |
| <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | <i>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung</i> | | | | 4766 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen | | | | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| <i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i> | | | | <i>4768 Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung</i> | | | | <i>d. Xenodiagnostische Untersuchungen</i> | | | |
| Nachweis von Pilzantigenen, Agglutination, je Antiserum | | | | 4740 | Amöben | | | <i>Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung</i> | | | |
| Katalog | | | | 4741 | Lamblien | | | <i>Katalog</i> | | | |
| 4705 | Aspergillus | | | 4742 | Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe) | | | 4770 | Trypanosoma cruzi | | |
| 4706 | Candida | | | 4743 | Trichomonaden | | | 4771 | Ähnliche Untersuchungen | | |
| 4707 | Kryptokokkus neoformans | | | 4744 | Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier | | | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | |
| 4708 | Ähnliche Untersuchungen | | | 4745 | Ähnliche Untersuchungen | | | 5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten | | | |
| <i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | Allgemeine Bestimmung | | | |
| 4710 | Mikroskop. Pilz-Nachweis, je Material | 80 | 4,66 | <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | <i>Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder</i> | | | |
| 4711 | Mikroskop. Pilz-Nachweis, nach Präparation/Anfärbung, je Material | 120 | 6,99 | <i>Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung</i> | | | | <i>)</i> | | | |
| 4712 | Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum | 290 | 16,90 | 4747 | Amöben | | | <i>Katalog</i> | | | |
| 4713 | Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung | 250 | 14,57 | 4748 | Lamblien | | | <i>4749 Trichomonaden</i> | | | |

| Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | Nr. | Leistung | Punkt- zahl | Gebühr in Euro | | | | |
|---|---|----------------|-------------------|--|--|----------------|-------------------|--|--|----------------|-------------------|---|---|-----|-------|
| Material nach Anzuchtungs) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben. | | | | <p style="text-align: center;">O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRALENTHERAPIE</p> <p style="text-align: center;">I. Strahlendiagnostik</p> <p>Allgemeine Bestimmungen</p> <ol style="list-style-type: none"> Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten. Die Leistungen nach den Nrn. 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten. <p style="text-align: center;">1. Skelett</p> <p>Allgemeine Bestimmung</p> <p>Neben den Leistungen nach den Nrn. 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Zähne</p> <p>5000 Röntgen, Zähne, je Projektion 50 2,91</p> <p>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</p> <p>5002 Panoramaaufnahme, Kiefer 250 14,57 5004 Panoramaschichtaufnahme, Kiefer 400 23,31</p> <p>Röntgen, Finger/Zehen</p> <p>5010 jeweils zwei Ebenen 180 10,49 5011 ergänzende Ebene(n) 60 3,50</p> <p>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</p> <p>Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe</p> <p>5020 jeweils zwei Ebenen 220 12,82 5021 ergänzende Ebene(n) 80 4,66</p> <p>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</p> | | | | | | | | | | | |
| 4780 | Isolierung mikrobieller Nucleinsäuren | 900 | 52,46 | | | | | 5030 | jeweils zwei Ebenen | 360 | 20,98 | 5031 | ergänzende Ebene(n) | 100 | 5,83 |
| 4781 | Spaltung mikrobieller Nucleinsäuren, je Enzym | 150 | 8,74 | | | | | Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden. | | | | | | | |
| 4782 | Enzymatische Transkription von RNA | 500 | 29,14 | | | | | 5035 | Röntgen, Skelett-Teile, je Teil | 160 | 9,33 | Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig. | | | |
| 4783 | Polymerasekettenreaktion (PCR) | 500 | 529,14 | | | | | 5037 | Bestimmung des Skeletalters | 300 | 17,49 | 5040 | Beckenübersicht | 300 | 17,49 |
| 4784 | Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR) | 1000 | 58,29 | | | | | 5041 | Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr | 200 | 11,66 | 5050 | Kontrastuntersuchung, Hüfte/Knie/Schulter | 950 | 55,37 |
| 4785 | Identifizierung mikrobieller Nucleinsäuren, je Sonde | 300 | 17,49 | | | | | 5060 | Kontrastuntersuchung, Kiefer | 500 | 29,14 | 5070 | Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk | 400 | 23,31 |
| 4786 | Trennung mikrobieller Nucleinsäuren, Elektrophorese | 600 | 34,97 | | | | | 5090 | Röntgen, Schädel | 400 | 23,31 | 5095 | Röntgen, Schädelteile | 200 | 11,66 |
| 4787 | Identifizierung mikrobieller Nucleinsäuren, durch Sequenzermittlung | 2000 | 116,57 | | | | | 5098 | Röntgen, Nasennebenhöhlen | 260 | 15,15 | 5100 | Röntgen, HWS, zwei Ebenen | 300 | 17,49 |
| N. HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK | | | | | | | | 5101 | ergänzende Ebene(n) | 160 | 9,33 | 5105 | Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil | 400 | 23,31 |
| I. Histologie | | | | 5106 | ergänzende Ebene(n) | 180 | 10,49 | 5110 | Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität | 500 | 29,14 | | | | |
| 4800 | Histologische Untersuchung | 217 | 12,65 | 5111 | ergänzende Ebene(n) | 200 | 11,66 | Die Leistung nach Nr. 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nrn. 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung. | | | | | | | |
| 4801 | Histologische Untersuchung, Magen-/Darmschleimhaut | 289 | 16,85 | 5115 | Röntgen, mit Feinstfokus-/Xeroradiographietechnik, Hand/Fuß, je Teil | 400 | 23,31 | 5120 | Röntgen, Rippen/Schulterblatt/Bruststein, eine Ebene | 260 | 15,15 | | | | |
| 4802 | Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung | 289 | 16,85 | 5121 | ergänzende Ebene(n) | 140 | 8,16 | 2. Hals- und Brustorgane | | | | | | | |
| 4810 | Histologische/zytologische Untersuchung, zur Krebsdiagnostik | 289 | 16,85 | 5130 | Röntgen, Hals/Mundboden | 280 | 16,32 | 5135 | Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene | 280 | 16,32 | | | | |
| 4811 | Histologische Untersuchung, mit Schnittserien | 289 | 16,85 | Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. | | | | | | | | | | | |
| 4815 | Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sonderverfahren | 350 | 20,40 | 5137 | Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen | 450 | 26,23 | 5139 | Röntgen, Teil der Brustorgane | 180 | 10,49 | | | | |
| 4816 | Histologische Sofortuntersuchung (Schnellschnitt) | 250 | 14,57 | Die Berechnung der Leistung nach Nr. 5139 neben den Leistungen nach den Nrn. 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen. | | | | | | | | | | | |
| II. Zytologie | | | | 5140 | Röntgen, Brustorgane im Mittelformat | 100 | 5,83 | | | | | | | | |
| 4850 | Zytologische Untersuchung zur Zyklus-Phasenbestimmung | 87 | 5,07 | | | | | | | | | | | | |
| Neben der Leistung nach Nr. 4850 ist die Leistung nach Nr. 297 nicht berechnungsfähig. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4851 | Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik | 130 | 7,58 | | | | | | | | | | | | |
| Neben der Leistung nach Nr. 4851 ist die Leistung nach Nr. 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4852 | Zytologische Untersuchung, nach besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial | 174 | 10,14 | | | | | | | | | | | | |
| 4860 | Trichogramm, auch mehrere Präparate | 160 | 9,33 | | | | | | | | | | | | |
| III. Zytogenetik | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4870 | Kerngeschlechtsbestimmung, auf X-Chromosomen | 273 | 15,91 | | | | | | | | | | | | |
| 4871 | Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen | 289 | 16,85 | | | | | | | | | | | | |
| 4872 | Chromosomenanalyse | 1950 | 113,66 | | | | | | | | | | | | |
| 4873 | Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung | 3030 | 176,61 | | | | | | | | | | | | |

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

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

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



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50
Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-33
www.pkv.de · info@pkv.de