

Gebührenordnung für Ärzte UV-GOÄ 2026

mit Krankenhauskosten-Nebentarif Stand: 01.01.2026

Änderungen zum 01.01.2026

1. Teil B. „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“ wird wie folgt geändert:

a) In der Leistungsbeschreibung der Nummer 17 UV-GOÄ wird Satz 2 „Die Fortschreibung des Reha-Planes ist durch die Gebühr abgegolten.“ gestrichen.

b) In Nummer 143 UV-GOÄ wird die bestehende Leistungslegende durch folgende Leistungslegende ersetzt:

„Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV- Träger)“

c) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „a“ angefügt:

„Bescheinigung zum Bezug des Kinderverletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes“

d) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „b“ angefügt:

„Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß“

e) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „c“ angefügt:

„Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen“

f) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „d“ angefügt:

„Verordnung für Krankentransport“

g) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „e“ angefügt:

„Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 19 Vertrag Ärzte/UV-Träger)“

h) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „f“ angefügt:

„Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F2400) und Ergotherapie (F 2402)“

i) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „g“ angefügt:

„Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406)“

j) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „h“ angefügt:

„Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2410), ABMR (F 2162)“

k) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „i“ angefügt:

„Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404)“

l) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „j“ angefügt:

„F 2902: Hinzuziehung/Überweisung (§ 12 ÄV)“

m) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „k“ angefügt:

„Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)“

n) In Nummer 143 UV-GOÄ wird in der Leistungsbeschreibung folgende neue Leistung mit dem Buchstaben „l“ angefügt:

„Verordnung der ITT (Individuelle Tele-Therapie)“

o) In den Nummern 143 bis 143l wird in der Leistungsbeschreibung folgender Zusatz aufgenommen:

„Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.“

p) Nummer 144 UV-GOÄ wird gestrichen.

2. Im Teil L. „Chirurgie, Orthopädie“ werden die Leistungsbeschreibungen der Nummern 3305 und 3306 UV-GOÄ wie folgt gefasst:

„Nr. 3305 UV-GOÄ Chirotherapeutische Mobilisation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk

einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung, je Sitzung

Die Behandlung kann nur von D-Ärzten oder von diesen hinzugezogenen Ärzten erfolgen, die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen.

Die Gelenke der Hand oder des Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk. Die Wirbelsäule ist als ein Abschnitt zu sehen. Die Leistung ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelnden Gelenke sind in der Rechnung anzugeben.

Allgemeine Heilbehandlung: 13,77 €

Besondere Heilbehandlung: 17,13 €

Nr. 3306 UV-GOÄ

Chirotherapeutische Manipulation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk

einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung

Die Behandlung kann nur von D-Ärzten oder von diesen hinzugezogenen Ärzten erfolgen,

die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen.

Die Gelenke der Hand oder des Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk. Die Wirbelsäule ist als ein Abschnitt zu sehen. Die Leistung ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelnden Gelenke sind in der Rechnung anzugeben.

Allgemeine Heilbehandlung: 13,77 €

Besondere Heilbehandlung: 17,13 €“

3. Im Teil P. „Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte“ werden die Gebühren der Nummern 6003 und 6004 UV-GOÄ an die Höhe der Gebühr der Nummer 118 UV-GOÄ Stand 1. Juli 2025 angepasst:

„Nummer 6003 UV-GOÄ

Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung / Erstanamnese

Allgemeine Heilbehandlung: 37,27 €

Besondere Heilbehandlung: 37,27 €

Nummer 6004 UV-GOÄ

Folgebericht Schmerzmedizinische Behandlung

Allgemeine Heilbehandlung: 37,27 €

Besondere Heilbehandlung: 37,27 €

4. Im Teil S Krankenhaussachleistungen, Obduktionen werden die Gebühren für physiotherapeutische Leistungen ab dem 01.01.2026 angepasst.

Inhaltsverzeichnis

	A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen
1 bis 196	B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen
1 bis 19	I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
20 bis 36	II. Leistungen unter besonderen Bedingungen
45 bis 61	III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz
71 bis 91	IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen
100 bis 109	V. Todesfeststellung
110 bis 196	VI. Besondere Bedingungen
200 bis 449	C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
200 bis 247	I. Anlegen von Verbänden
250 bis 298	II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen
300 bis 321	III. Punktionen
340 bis 374	IV. Kontrastmitteleinbringungen
375 bis 399	V. Impfungen und Testungen
401 bis 424	VI. Sonographische Leistungen
427 bis 433	VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen
440 bis 449	VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen
451 bis 498	D. Anästhesieleistungen
500 bis 577	E. Physikalisch-medizinische Leistungen
500 bis 501	I. Inhalationen
505 bis 518	II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen
520 bis 529	III. Massagen
530 bis 533	IV. Hydrotherapie und Packungen
535 bis 539	V. Wärmebehandlung
548 bis 558	VI. Elektrotherapie
560 bis 577	VII. Lichttherapie
600 bis 796	F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie
800 bis 887	G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
1001 bis 1168	H. Geburtshilfe und Gynäkologie
1200 bis 1386	I. Augenheilkunde
1400 bis 1639	J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
1700 bis 1860	K. Urologie
2000 bis 3321	L. Chirurgie, Orthopädie
2000 bis 2020	I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung
2029 bis 2093	II. Extremitätenchirurgie
2100 bis 2196	III. Gelenkchirurgie
2203 bis 2241	IV. Gelenkluxationen
2250 bis 2297	V. Knochenchirurgie
2320 bis 2358	VI. Frakturbehandlung
2380 bis 2454	VII. Chirurgie der Körperoberfläche
2500 bis 2604	VIII. Neurochirurgie
2620 bis 2732	IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
2750 bis 2760	X. Halsschirurgie
2800 bis 2921	XI. Gefäßchirurgie
2950 bis 3013	XII. Thoraxchirurgie
3050 bis 3097	XIII. Herzchirurgie
3120 bis 3241	XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie
3280 bis 3288	XV. Hernienchirurgie
3300 bis 3321	XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

Inhaltsverzeichnis

3500 bis 4787	M. Laboratoriumsuntersuchungen
3500 bis 3532	I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis
3541 bis 3621	II. Basislabor
3630 bis 4469	III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen
4500 bis 4787	IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern
4800 bis 4873	N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik
4800 bis 4816	I. Histologie
4850 bis 4860	II. Zytologie
4870 bis 4873	III. Zytogenetik
5000 bis 5855	O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
5000 bis 5383	I. Strahlendiagnostik
5400 bis 5607	II. Nuklearmedizin
5700 bis 5735	III. Magnetresonanztomographie
5800 bis 5855	IV. Strahlentherapie
6000 bis 6004	P. Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte
9101 bis 9900	S. Krankenhaussachleistungen, Obduktionen
9101 bis 9672	I. Bäder, Massagen, Krankengymnastik und andere Heilbehandlungen
9700 bis 9797	II. Arzneimittel, Sera, Blutersatzmittel, Blutkonserven, Blutspenden, Blutplasmen, therapeutische Hilfsmittel
9800 bis 9900	III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

1. Als Vergütung stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.
2. Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des unter Kapitels M II. (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.
3. Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist. Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach diesem Vertrag selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
4. Soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist, dürfen neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur berechnet werden:
 1. Die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält, oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, mit Ausnahme der Kosten für
 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandsmaterial, Verbandsspray, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge;
 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie;
 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel;
 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung;
 5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.
 2. Die durch Leistungen nach den Kapiteln M, N und O des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses entstandenen Versand- und Portokosten,
 3. die bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
 4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an demselben Patienten zu Lasten desselben gesetzlichen UV-Trägers vorgenommen worden ist. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn innerhalb der 3 Monate ambulante Behandlung durch den Belegarzt erfolgt.
2. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben Leistungen nach den unterKapiteln C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 6 nicht berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1 bis 4 und 11 bis 14 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach den Nummern 6 bis 9 generell zu begründen.
4. Die Leistung nach Nummer 1 ist neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 und/oder 18 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach Nummer 6 bis 9 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1	Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung. Bei Kindern bis zum 6. Geburtstag wird anstelle der Nr. 1 einmal im Behandlungsfall die Nr. 6 abgerechnet. Dies gilt nicht bei Verletzungen, bei denen durch bloße Inaugenscheinnahme das Ausmaß der Erkrankung beurteilt werden kann.	8,37	10,43		1,74	1,74
2	Leistung nach Nummer 1, jedoch außerhalb der Sprechstunde <i>Die Leistung nach Nummer 2 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.</i>	9,68	12,05		1,74	1,74
3	Leistung nach Nummer 1, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	25,87	32,20		1,74	1,74
4	Leistung nach Nummer 1, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	12,29	15,30		1,74	1,74
6	Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit sowie der notwendigen Beratung. Neben der Leistung nach Nummer 6 ist die Leistung nach Nummer 826 nicht berechnungsfähig. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden.	19,56	24,31		3,51	3,51

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
6 a	Leistung nach Nr. 6, zusätzlich neben den Leistungen nach Nrn. 50 bis 50e einmal berechnungsfähig. Anmerkung: Die Notwendigkeit der Leistung nach Nr. 6a ist auf der Rechnung zu begründen (z.B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen)	11,18	13,89			
6 b	Leistung nach Nr. 6 bei Ganzkörperuntersuchungen der Haut im Rahmen der leitliniengemäßen Nachsorge von Plattenepithelkarzinomen. Soweit eine Auflichtmikroskopie erforderlich wird, ist diese zusätzlich nach UV-GOÄ-Nr. 750 berechnungsfähig.	19,56	19,56		3,51	3,51
7	Leistung nach Nummer 6, jedoch außerhalb der Sprechstunde <i>Die Leistung nach Nr. 7 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt behandelt wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.</i>	20,85	25,95		3,51	3,51
8	Leistung nach Nummer 6, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	37,04	46,12		3,51	3,51
9	Leistung nach Nummer 6, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	23,45	29,18		3,51	3,51

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
10	<p>Telemedizinische Beratungsleistungen als selbstständige Leistungen durch den D-Arzt, Handchirurgen nach § 37 (3) Vertrag Ärzte/UV-Träger und im Einzelfall nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger.</p> <p>Telemedizinische Beratung/Betreuung und/oder Videosprechstunde durch den Arzt mittels visueller Kommunikationsmedien bis zu 10 Minuten.</p> <p>Die Abrechnung telemedizinischer Leistungen ist für den Arzt grundsätzlich nur dann möglich, wenn der Versicherte sich bereits in der Behandlung des Arztes befindet und sichergestellt ist, dass ein vorheriger Arzt-Patienten-Kontakt (Untersuchung nach den Nrn. 1 - 9 UV-GOÄ) erfolgt ist.</p> <p>In diesen Fällen ist die Erbringung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen bis zu zwei Mal im Behandlungsfall möglich. Voraussetzung ist, dass die Beratungsleistung des Arztes in seinem Fachgebiet liegt. Vorrang vor der Erbringung telemedizinischer Leistungen genießt weiterhin der Grundsatz des persönlichen Arzt-/Patienten-Kontaktes. Die telemedizinische Beratung schließt eine rein telefonische Beratung oder eine Beratung via E-Mail, SMS, Chat oder vergleichbare Kommunikationsmittel aus. Sie kann ausschließlich im Rahmen der besonderen Heilbehandlung (Ausnahme Kostenzusage durch UV-Träger) erbracht werden.</p> <p>Am Behandlungstag kann die Leistung nicht mehrfach und nicht neben Untersuchungsleistungen, Besuchen und Visiten abgerechnet werden. Eine Ausnahme besteht dann, wenn sich aus der telemedizinischen Beratung eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/UV-Träger ergibt, die dies erforderlich macht.</p> <p>Neben der Nr. 10/10a kann die Nr. 60a nicht abgerechnet werden.</p> <p>Das Ergebnis der telemedizinischen Beratung (Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellungen und relevanten Informationen) ist zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Verlangen in Kopie vorzulegen. Eine Berichtspflicht besteht nicht.</p> <p>Ergeben sich aus der Beratung Hinweise auf Besonderheiten des Behandlungsverlaufs, ist der UV-Träger unverzüglich mit einem Verlaufsbericht zu informieren.</p> <p>Für die Erbringung telemedizinischer Leistungen mittels visueller Kommunikationsmedien sind die Regelungen der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte durch den behandelnden Arzt entsprechend einzuhalten.</p>					
			9,14		3,02	3,02
10 a	<p>Leistung nach Nr. 10, jedoch für die Dauer von mehr als 10 Minuten.</p> <p>Die Leistung ist nicht neben der Nr. 10 berechnungsfähig.</p>		18,28		6,02	6,02

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
10 b	Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren. Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht. Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 - 10a und 10c berechnungsfähig.	8,77	8,77		3,02	3,02
10 c	Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren von mehr als 10 Minuten. Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht. Die Leistung ist nicht neben den Nummern 10 - 10b berechnungsfähig.	17,54	17,54		6,02	6,02
11	Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung	3,35	4,17		1,74	1,74
12	Leistung nach Nummer 11, jedoch außerhalb der Sprechstunde <i>Die Leistung nach Nr. 12 ist nicht berechnungsfähig, wenn ein Patient zwar nach Ablauf der angezeigten Sprechstundenzeit, jedoch während der noch andauernden Sprechstunde vom Arzt beraten wird. Dies gilt auch für eine Behandlung im Rahmen einer Bestellpraxis.</i>	4,66	5,77		1,74	1,74
13	Leistung nach Nummer 11, jedoch bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	20,85	25,95		1,74	1,74
14	Leistung nach Nummer 11, jedoch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	7,25	9,04		1,74	1,74
15	Telefonisches oder videobasiertes Gespräch des Arztes mit einem Mitarbeitenden des Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens. Die Leistung kann nur bei besonderer Heilbehandlung und maximal 3x im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Gespräche sind zu dokumentieren. Eine zusätzliche Berichterstattung erfolgt ausschließlich auf Anforderung des UV-Trägers. <i>Neben der Leistung können die Leistungen nach den Nummern 17, 17b, 19 und 34 nicht abgerechnet werden.</i>	15,66	15,66		1,20	1,20
16	Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die Arzthelferin als alleinige Leistung	2,80	3,49		1,74	1,74
17	Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes i. S. von Nr. 3.2 des Handlungsleitfadens "Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung". Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. Daneben sind die Nummern 34 und 35 nicht abrechenbar.		135,79			
17 a	Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger. Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten.	27,92	34,75			
17 b	Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. Daneben sind die Nummern 17, 34 und 35 nicht abrechenbar.		67,90			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
18	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	5,58	6,94		3,51	3,51
19	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.	27,92	34,75		1,74	1,74
19 a	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	16,74	20,85			

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten) <i>Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>	11,16	13,89		3,10	3,10
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 oder 22 nicht berechnungsfähig.</i>	33,52	41,68		1,74	1,74
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch - <i>Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14 oder 21 nicht berechnungsfähig.</i>	27,92	34,75		2,69	2,69
33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens - ggf. auch für gleichwertig strukturierte Schulungsprogramme. <i>Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14, 19, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>	27,92	34,75		4,86	4,86

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
34	<p>Vom Unfallversicherungsträger beauftragte bzw. auf Veranlassung des Versicherten durchgeführte Untersuchung einschließlich Einschätzung zum bisherigen Verlauf, zum Stand des Heilverfahrens und/oder zu laufenden oder geplanten Maßnahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation durch einen anderen als den behandelnden Arzt. Sofern die Untersuchung auf Veranlassung des Versicherten erfolgen soll, kann diese nach dieser Nr. abgerechnet werden, wenn der Unfallversicherungsträger im Sinne der Heilverfahrenssteuerung über die beabsichtigte Untersuchung informiert wurde und die Kostenübernahme bestätigt hat. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung durch den selben Arzt ist nicht zulässig. Die Leistung umfasst die Sichtung und Auswertung der vorhandenen medizinischen Unterlagen einschl. bildgebender Diagnostik, eine umfassende Untersuchung und Beratung im Sinne der Nr. 6 sowie die zeitnahe Erstattung eines Berichtes über das Ergebnis der Untersuchung. Bestandteil des Berichts sind bei Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger die Beantwortung der durch diese formulierten Fragestellungen, Empfehlungen zu weiteren diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen, Einschätzung der weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit und evtl. erforderlicher Teilhabeleistungen. Bei Veranlassung der Untersuchung durch den Versicherten ist der Unfallversicherungsträger über Inhalt und Ergebnis der erfolgten Beratung zu informieren. Alle Untersuchungs- und Beratungsleistungen mit Ausnahme bildgebender Diagnostik sowie weiterer zur Diagnostik erforderlichen Maßnahmen (z. B. Funktionsmessungen, Laboruntersuchungen) sind mit der Gebühr abgegolten. Daneben können die Nummern 35 und 36 nicht abgerechnet werden.</p>	74,27	74,27		5,71	5,71
35	<p>Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Arztwechsel</p> <p>Für eine Beurteilung und Bewertung im Rahmen der Vorstellungspflicht nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und einer Hinzuziehung nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für Ärzte eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der Vertretung in einer Praxis, Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums und/oder Überweisung zur Durchführung einer Operation und wenn der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war. Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen.</p> <p>Neben der Nr. 35 können die Nummern 17, 17b, 34 und 5255-5257 nicht abgerechnet werden. Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.</p>	13,78	13,78		1,74	1,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
36	Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt					
	Diese Leistung kann nicht zwischen Ärzten eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie bei der Vertretung in der Praxis abgerechnet werden. Diese Leistung kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Befund des D-Arztes vom Befund des Radiologen abweicht und es sich um eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger handelt, über die der Arzt den Unfallversicherungsträger mit einem Verlaufsbericht informieren muss.					
	Neben der Nummer 36 können die Nummern 34, 60a und 60b sowie 5255-5257 nicht abgerechnet werden. Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.	13,78	13,78		1,74	1,74

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
45	Visite im Krankenhaus	6,53	8,09		2,03	2,03
	<i>Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14, 18, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird. Die Leistung nach Nr. 45 und 46 ist auch berechnungsfähig, wenn sie vom Belegarzt erbracht wird.</i>					
46	Zweitvisite im Krankenhaus	4,66	5,77		1,74	1,74
	<i>Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 14, 18, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</i>					
47	Kostenersatz zur Visite, je Tag, bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes	6,29	6,29			
48	Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten -	11,16	13,89			
	<i>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 11 bis 14, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>					
50	Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung	29,80	37,08			
	<i>Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.</i>					
50 a	Leistung nach Nummer 50 (dringend angefordert und sofort ausgeführt oder wegen der Beschaffenheit der Krankheit gesondert notwendig)	37,22	46,34			
	<i>Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.</i>					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
50 b	Leistung nach Nummer 50, jedoch aus der Sprechstunde heraus sofort ausgeführt <i>Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.</i>	48,39	60,24			
50 c	Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr) <i>Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.</i>	48,39	60,24			
50 d	Leistung nach Nummer 50, jedoch bei Nacht (bestellt und ausgeführt zwischen 22 und 6 Uhr) <i>Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.</i>	64,22	79,93			
50 e	Leistung nach Nummer 50, jedoch an Samstagen sowie an Sonn- und Feiertagen. <i>Die Leistungen nach Nummern 50 bis 50e dürfen anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben den Leistungen nach Nummern 50 bis 50e sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 6, 7 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 6a kann zusätzlich berechnet werden.</i>	40,94	50,95			
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach den Nummern 50 bis 50e - einschließlich Beratung und Untersuchung - <i>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1 bis 4, 11 bis 14, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	23,27	28,96			
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht-ärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel) <i>Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.</i>	7,85	7,85			
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme - je angefangene halbe Stunde der Einsatzdauer. <i>Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig. Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde</i>	46,54	57,92		14,02	14,02
56	am Tag	8,37	10,43			
57	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) <i>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. Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem am Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger beteiligten Therapeuten (§ 1 Abs. 2 ÄV)</i>	16,74	20,85			
60 a	am Tag	11,16	13,89		1,74	1,74
60 b	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) <i>Die Leistungen nach den Nummern 60a und 60b dürfen 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 den Nummern 60a und 60b dürfen 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 den Nummern 60a und 60b sind 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 sind nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe). Neben den Nummern 60a und 60b kann die Nummer 36 nicht abgerechnet werden. Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), die typischerweise ohne ärztliche Assistenz nicht erbracht werden kann, je angefangene halbe Stunde - die Leistungen sind anzugeben.</i>	22,35	27,81		1,74	1,74
61 a	am Tag	12,10	15,05		0,94	0,94
61 b	bei Nacht (zwischen 20 und 22 Uhr und zwischen 6 und 8 Uhr)	23,38	29,07		0,94	0,94

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
61 c	bei Nacht (zwischen 22 und 6 Uhr)	45,89	57,10		0,94	0,94
<i>Die Leistungen nach Nummer 61a-c sind neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nummern 61a-c gelten nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie dürfen nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i>						

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Wegegeld

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
71	Wegegeld bis zu zwei Kilometern	4,83				
72	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	9,65				
73	Wegegeld bis zu fünf Kilometern	8,97				
74	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	13,78				
81	Wegegeld bis zu zehn Kilometern	13,78				
82	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	20,69				
83	Wegegeld bis zu 25 Kilometern	20,69				
84	Wegegeld bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	34,47				

Reiseentschädigung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
86	Reiseentschädigung bei Benutzung des eigenen Kraftwagens je zurückgelegter Kilometer	0,35				
87	Reiseentschädigung bei Benutzung anderer Verkehrsmittel tatsächliche Aufwendungen					
88	Reiseentschädigung bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden je Tag	68,95				
89	Reiseentschädigung bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag	137,87				
91	Reiseentschädigung für notwendige Übernachtungen Ersatz von Kosten					

V. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmungen

Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach den Nummern 71 bis 74 oder 81 bis 84 berechnen.

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
100	Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünftigen bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 20 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (vorläufige Leichenschau). Dauert die Leistung nach Nummer 100 weniger als 20 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 10 Minuten (ohne Aufsuchen), sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.	126,27	126,27			
101	Eingehende Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angaben zu Todesart und Todesursache gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 40 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (eingehende Leichenschau). Dauert die Leistung nach Nummer 101 weniger als 40 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 20 Minuten (ohne Aufsuchen), sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.	189,41	189,41			
102	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 100 oder 101 bei einer Leiche mit einer dem Arzt oder der Ärztin unbekannten Identität und/oder besonderen Todesumständen (zusätzliche Dauer mind. 10 Minuten)	31,56	31,56			
103	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	17,31	17,31			
104	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	29,97	29,97			
105	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen	22,65	22,65			
106	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	22,97	22,97		6,35	6,35
107	Bulbusentnahme bei einem Toten	38,30	38,30		2,83	2,83
108	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	35,24	35,24		2,56	2,56
109	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	33,69	33,69		2,42	2,42

VI. Besondere Bedingungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
110	Vordruck F 1100 Auskunft Behandlung	13,47	13,47			
114	nicht besetzt					
115	Vordruck F 2100 Verlaufsbericht	13,47	13,47			
116	Vordruck F 3110 Belastungserprobung einschließlich Anlage F 3112 Arbeitsplatzbeschreibung	21,75	21,75			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
117	Vordruck F 1110 Auskunft Klärung Arbeitsunfall	21,75	21,75			
118	Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers.	37,27	37,27			
124	nicht besetzt					
125	Vordruck F1050 Ärztliche Unfallmeldung	10,11	10,11			
126	Vordruck F 1030 Augenarztbericht	16,71	16,71			
127	Vordruck F 1040 Hals-Nasen-Ohrenarztbericht	16,71	16,71			
128	Vollständige Dokumentation des Erlanger Atopie-Score nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger	21,75	21,75			
130	Vordruck F 6050 Hautarztbericht - Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention. Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten. <i>Portoauslagen und Tests (§ 43 Vertrag Ärzte/ UV-Träger) werden gesondert vergütet.</i>	67,42	67,42			
131	Vordruck F 6052 Hautarztbericht - Behandlungsverlauf Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.	36,40	36,40			
132	Arztvordruck F 1000 Durchgangsarztbericht	22,86	22,86			
134	Erstellung eines Messblatts auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers außerhalb einer Begutachtung mit Vordruck F 4220, F 4222, F 4224 und F 6222. Neben der Nr. 134 kann die Nr. 190 nicht abgerechnet werden.	20,88	20,88			
135	Vordruck F 6120 - Bericht Hautkrebs BK 5103	34,28	34,28			
135 a	Vordruck F 6122 - Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103 Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten.	57,13	57,13			
136	Vordruck F 1002 Ergänzungsbericht Kopfverletzung	23,16	23,16			
137	Vordruck F 1004 Ergänzungsbericht Knie	28,57	28,57			
138	Vordruck F 1006 Ergänzungsbericht Schulter	28,57	28,57			
139	Vordruck F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen	11,82	11,82			
140	Vordruck F 1010 Handchirurgischer Erstbericht	20,35	20,35			
141	Vordruck F 6000 Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (§ 44 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	20,53	20,53			
142	Vordruck F 6120 Bericht Wirbelsäule BK 2108, 2109, 2110	21,75	21,75			
142 a	Vordruck F 6120 Bericht Carpaltunnel-Syndrom BK Nr. 2113	21,75	21,75			
143	Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143I maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 a	Bescheinigung zum Bezug des Kinderverletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143I maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 b	Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143I maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 c	Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143I maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 d	Verordnung für Krankentransport <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143I maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
143 e	Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 19 Vertrag Ärzte/UV-Träger) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 f	Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 g	Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 h	Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2410), ABMR (F 2162) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 i	Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 j	F 2902: Hinzuziehung/Überweisung (§ 12 ÄV) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 k	Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
143 l	Verordnung der ITT (Individuelle Tele-Therapie) <i>Je Behandlungstag können die Leistungen der Nummern 143 bis 143l maximal dreimal abgerechnet werden. Die Bescheinigung/Verordnung ist in der Rechnung zu dokumentieren. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.</i>	3,69	3,69			
144	nicht besetzt					
145	Überweisung ohne Formtext (§§ 26, 39 und 41 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	4,71	4,71			

Formulargutachten

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
146	Formulargutachten Vordruck A 4200 Erstes Rentengutachten	159,96	159,96			
147	Formulargutachten Vordruck A 4202 Erstes Rentengutachten Augen	159,96	159,96			
148	Formulargutachten Vordruck A 4500 Zweites Rentengutachten (Rente auf unbestimmte Zeit)	131,40	131,40			
149	Formulargutachten Vordruck A 4502 Zweites Rentengutachten Augen (Rente auf unbestimmte Zeit)	131,40	131,40			
150	Formulargutachten Vordruck A 4510 Rentengutachten (Nachprüfung MdE)	131,40	131,40			
151	Formulargutachten Vordruck A 4512 Zweites Rentengutachten Augen (Nachprüfung MdE)	131,40	131,40			
152	Formulargutachten Vordruck A 4520 Rentengutachten (Rente nach Gesamtvergütung)	131,40	131,40			
153	Formulargutachten Vordruck A 4550 Gutachten bei Abfindung	54,31	54,31			
154	Formulargutachten Vordruck A 5512 Gutachten erhöhte Witwen-/Witwerrente	54,31	54,31			
155	Formulargutachten Vordruck A 8200-2301 Gutachten BK 2301: Mit der Gebühr sind alle erforderlichen Untersuchungsleistungen (einschl. TEOAE und DPOAE) und Sachkosten - ausgenommen Röntgenleistungen - abgegolten. Werden dem Unfallversicherungsträger Sachkosten von einem Dritten in Rechnung gestellt, so sind diese vom Gutachtenhonorar abzuziehen. Soweit erforderlich, sind mit Begründung (siehe nachfolgende Hinweise) gesondert berechnungsfähig: - Nr. 1403 Tinnitusbestimmung - Nr. 1403 Verdeckungskurven (n. Feldmann) - Nr. 1403 Hörfeldskalierung/Hyperakusis - Nr. 1403 überschwellige Hörtestverfahren - Nr. 1403 Békésy-Audiometrie - Nr. 1407 Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral - Nr. 1408 BERA	310,57	310,57			

Hinweise zu den gesondert berechnungsfähigen Untersuchungen:

Tinnitusbestimmung, Verdeckungskurven (nach Feldmann), Hörfeldskalierung

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

Überschwellige Hörtestverfahren

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

Békésy-Audiometrie

Bei der Békésy-Audiometrie handelt sich um ein automatisiertes Audiometrieverfahren, das der Differenzierung zwischen Adaptation und Hörermüdung dient oder anders ausgedrückt zwischen Innenohr-

und neuraler Schädigung. Da es sich somit um ein völlig eigenständiges Verfahren handelt, ist eine gesonderte Abrechnung gerechtfertigt. Die Békésy-Audiometrie ist anzuwenden, wenn der Verdacht besteht, dass es sich nicht um eine reine Innenohrschwerhörigkeit handeln könnte und die Untersuchung jeweils durchgeführt und dokumentiert wurde. Hierfür kann die Nummer 1403 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral

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

Hirnstammaudiometrie (BERA)

Die BERA ist indiziert, wenn nach Messung der OAE Zweifel bestehen, dass es sich um eine innenohrbedingte Schwerhörigkeitsform handelt und evtl. eine retrocochleäre/neurale Ursache zu vermuten ist. Diese optionale Abrechnungsmöglichkeit soll daher bestehen, wenn die OAE-Messungen vorgenannte Zweifel aufwerfen und die Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurde. Hierfür kann die Nummer 1408 zusätzlich einmal abgerechnet werden.

Freie Gutachten

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
160	Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen.	377,05	377,05			
161	Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine kon-sentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig. <i>Zu den Höchstsätzen nach Nrn. 160, 161 gilt § 59 des Vertrags Ärzte/UV-Träger</i>	651,27	651,27			
165	Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefgehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, zum Beispiel durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc.	959,76	959,76			
180	Befüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte mit medizinischen Informationen, inklusive Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten Die Leistung kann im Behandlungsfall nur einmal abgerechnet werden. Hinzugezogene Ärzte können diese Leistung nicht abrechnen.	5,22	5,22			
190	Schreibgebühren für Arztvordrucke nach den Nummern 117 bis 124 und Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165 je Seite	5,15	5,15			
191	je verlangte Kopie	0,24	0,24			
192	Elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger	0,47	0,47			
193	Übersendung von Krankengeschichten - auf Anforderung des UV-Trägers - gem. B. VI Allgemeine Bestimmungen Nr.4 (zuzüglich Porto) Die Nr. 193 UV-GOÄ kann neben der Nr. 34 UV-GOÄ abgerechnet werden.	16,68	16,68			
194	Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - (zuzüglich Porto) bzw. Hauttestprotokollen - vgl. Anmerkung zu Nr. 1403	3,59	3,59			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
195	Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschließlich Verpackung) pauschal je Sendung (zuzüglich Porto) - vgl. O. Allgemeine Bestimmungen Nr. 8 - 1). Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung.	7,38	7,38			
196	Zu Hautkrankheiten gefertigte Fotos (Indikationen zur Fotodokumentation s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 3 auf www.dguv.de , webcode p012510), die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf einem Speichermedium (einschließlich der Herstellung, Verpackung, zuzüglich Porto) zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von der Anzahl der Fotos. Eine darüberhinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden.	11,45	11,45			

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung. 1) Als operative Leistung in diesem Sinne gelten auch die Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten	nied. Ärzte
200	Verband - ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -	4,37	5,44	1,19	3,37	4,56	1,28
201 A	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband - ausgenommen Nabelverband -	5,88	7,30	11,87	3,51	15,38	11,87
201 B	bei Verwendung von Tape Verbänden	5,88	7,30	21,87	3,51	25,38	21,87
202	Schanz'scher Halskrawattenverband	8,84	10,99	6,20	3,90	10,10	6,20
203 A	Kompressionsverband/auch Schaumstoffkompressionsverband <i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Gummilastik-Binden können an Stelle der Pauschgebühren die Selbstkosten berechnet werden.</i>	8,84	10,99	2,04	3,90	5,94	4,50
203 B	Zinkleimverband <i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Gummilastik-Binden können an Stelle der Pauschgebühren die Selbstkosten berechnet werden.</i>	8,84	10,99	6,50	3,90	10,40	6,50
204	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes	8,84	10,99	7,46	3,90	11,36	7,46
205	Rucksack- oder Désault-Verband <i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Fertigverbänden für Schlüsselbeinfrakturen sind die Selbstkosten zu berechnen.</i>	8,84	10,99	7,88	3,90	11,78	7,88
208	Tape-Verband an Fingern oder Zehen	7,44	9,27	0,48	4,99	5,47	3,45
209	Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen	13,97	17,36	8,00	9,30	17,30	14,94
210	Kleiner Schienenverband - auch als erster Notverband bei Frakturen -	7,44	9,27	5,43	3,51	8,94	5,43
211	Kleiner Schienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	6,07	7,53	1,52	2,14	3,66	1,65
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als erster Notverband bei Frakturen -	14,69	18,30	10,11	7,81	17,92	10,11
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	13,01	16,21	5,23	6,61	11,84	5,56
214	Abduktionsschienenverband	22,15	27,56	30,27	9,30	39,57	30,27
217	Streckverband	21,12	26,29	5,04	3,90	8,94	5,04
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	61,61	76,67	10,93	15,24	26,17	10,93
226 A	Gipshülse	8,84	10,99	7,46	3,90	11,36	7,46
226 B	bei Verwendung von Kunststoff	8,84	10,99	20,92	3,90	24,82	20,92
227	Thermoplastische Fingerschiene (einschließlich individueller Zurichtung und Anpassung)	18,98	23,61	7,46	7,12	14,58	7,46
228 A	Gipsschienenverband Unterarm	17,59	21,89	2,98	6,61	9,59	5,33
228 B	bei Verwendung von Kunststoff	17,59	21,89	12,44	6,61	19,05	16,52
228 C	Gipsschienenverband Unterschenkel oder Gipsantoffel	17,59	21,89	9,15	6,61	15,76	14,56
228 D	bei Verwendung von Kunststoff	17,59	21,89	30,40	6,61	37,01	30,40
229	Gipsschienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	13,01	16,21	3,01	3,24	6,25	3,01
230 A	Zirkulärer Finger- oder Zehengipsverband einschließlich Hand- oder Fußgelenk	28,19	35,09	7,67	6,61	14,28	7,67

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten	nied. Ärzte
230 B	bei Verwendung von Kunststoff	28,19	35,09	20,60	6,61	27,21	20,60
230 C	Zirkulärer Unterarmgips einschließlich Hand	28,19	35,09	8,30	6,61	14,91	8,30
230 D	bei Verwendung von Kunststoff	28,19	35,09	16,64	6,61	23,25	16,64
230 E	Zirkulärer Gipsverband Unterschenkel einschließlich Fuß	28,19	35,09	15,35	6,61	21,96	15,35
230 F	bei Verwendung von Kunststoff	28,19	35,09	94,18	6,61	100,79	94,18
230 G	Zirkulärer Gipstutor	28,19	35,09	21,97	6,61	28,58	21,97
230 H	bei Verwendung von Kunststoff	28,19	35,09	62,86	6,61	69,47	62,86
231 A	Zirkulärer Gehgipsverband Unterschenkel mit Fuß	33,52	41,68	27,22	7,14	34,36	27,22
231 B	bei Verwendung von Kunststoff	33,52	41,68	122,14	7,14	129,28	122,14
231 C	Zirkulärer Gehgipsverband für das ganze Bein	33,52	41,68	36,37	7,14	43,51	36,37
231 D	bei Verwendung von Kunststoff	33,52	41,68	162,61	7,14	169,75	162,61
235 A	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -	70,45	87,68	29,01	9,30	38,31	29,01
235 B	bei Verwendung von Kunststoff	70,45	87,68	111,73	9,30	121,03	111,73
236 A	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	88,04	109,56	39,94	30,34	70,28	39,94
236 B	bei Verwendung von Kunststoff	88,04	109,56	133,38	30,34	163,72	133,38
237 A	Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm	35,27	43,88	5,23	7,14	12,37	8,71
237 B	bei Verwendung von Kunststoff	35,27	43,88	20,98	7,14	28,12	29,10
237 C	Zirkulärer Gipsverband für das ganze Bein	35,27	43,88	24,59	7,14	31,73	24,59
237 D	bei Verwendung von Kunststoff	35,27	43,88	135,17	7,14	142,31	135,17
237 E	Großer Gipsschienenverband	35,27	43,88	11,46	7,14	18,60	11,46
237 F	bei Verwendung von Kunststoff (Arm)	35,27	43,88	26,39	7,14	33,53	26,39
237 G	bei Verwendung von Kunststoff (Bein)	35,27	43,88	41,09	7,14	48,23	41,09
238	Gipsschienenverband über wenigstens zwei große Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	27,92	34,75	5,47	7,14	12,61	5,47
239 A	Zirkulärer Gipsverband Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	70,45	87,68	63,39	9,30	72,69	63,39
239 B	bei Verwendung von Kunststoff	70,45	87,68	172,91	9,30	182,21	172,91
240 A	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	88,04	109,56	95,75	30,34	126,09	95,75
240 B	bei Verwendung von Kunststoff	88,04	109,56	295,26	30,34	325,60	295,26
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	10,61	13,21	3,99	1,74	5,73	3,99
	<i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Fertigverbänden sind die Selbstkosten zu berechnen</i>						
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbandes	14,15	17,60		2,56	2,56	
247 A	Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	10,61	13,21	1,89	3,90	5,79	1,89
247 B	Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	10,61	13,21	11,77	3,90	15,67	11,77
247 C	bei Verwendung von Kunststoff	10,61	13,21	22,84	3,90	26,74	25,40

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

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	3,71	4,64		2,31	2,31
250 a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	3,71	4,64		2,31	2,31
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	5,58	6,94		3,51	3,51
251 a	Blutentnahme zum Zwecke der Alkoholbestimmung. <i>Befundbericht, Kosten der Koller-Venüle und Versandkosten sind mit der Gebühr abgegolten.</i>	54,54	54,54		3,51	3,51
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,71	4,64		2,14	2,14
253	Injektion, intravenös	6,53	8,09		2,31	2,31
254	Injektion, intraarteriell	7,44	9,27		2,69	2,69
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	8,84	10,99		4,05	4,05
256	Injektion in den Periduralraum	17,22	21,42		7,14	7,14
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	37,22	46,34		7,02	7,02
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	16,74	20,85		6,89	6,89
259	Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	55,82	69,48		16,99	16,99
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation - <i>Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i>	18,60	23,16		5,67	5,67
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter <i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten. Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>	2,80	3,49		1,34	1,34
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	41,88	52,11		17,53	17,53
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	8,37	10,43		4,32	4,32
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	11,16	13,89		4,32	4,32
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	5,58	6,94		3,37	3,37
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	8,37	10,43		3,78	3,78
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	5,58	6,94		3,24	3,24
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retro-bulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	7,44	9,27		3,78	3,78
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	12,10	15,05		6,61	6,61
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	18,60	23,16		6,61	6,61
269 a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i>	32,58	40,51		6,61	6,61
270	Infusion, subkutan	7,44	9,27		4,05	4,05
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	11,16	13,89		4,05	4,05
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	16,74	20,85		5,12	5,12
273	Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr <i>Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten. Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>	16,74	20,85		5,12	5,12

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>	29,80	37,08		13,07	13,07
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	33,52	41,68		14,68	14,68
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	50,25	62,54		21,57	21,57
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	16,74	20,85		6,61	6,61
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	22,35	27,81		6,89	6,89
279	Infusion in das Knochenmark	16,74	20,85		4,58	4,58
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i>	30,71	38,22		12,27	12,27
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.</i>	41,88	52,11		23,74	23,74
282	Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.</i>	13,97	17,36		7,96	7,96
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters -	46,54	57,92		19,94	19,94
284	Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme -	8,37	10,43		3,78	3,78
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband -	10,24	12,77		3,90	3,90
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	20,49	25,49		8,23	8,23
286 a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	9,30	11,60		3,78	3,78
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	74,47	92,66		24,26	24,26
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung -	21,41	26,65		8,23	8,23

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Re-transfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserven, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 °C oder darunter -	32,58	40,51		12,54	12,54
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	11,16	13,89		5,40	5,40
291	Implantation von Hormonpreßlingen	6,53	8,09		3,64	3,64
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	4,19	5,22		2,83	2,83
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	3,71	4,64		2,42	2,42

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
300	Punktion eines Gelenks	11,16	13,89		5,78	5,78
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	14,89	18,53		6,20	6,20
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	23,27	28,96		7,70	7,70
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	7,44	9,27		2,69	2,69
304	Punktion der Augenhöhle	14,89	18,53		6,20	6,20
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	32,58	40,51		12,13	12,13
305 a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	23,27	28,96		10,65	10,65
306	Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge - oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	46,54	57,92		9,98	9,98
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	23,27	28,96		6,47	6,47
308	Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion -	32,58	40,51		7,28	7,28
310	Punktion des Herzbeutels	32,58	40,51		12,13	12,13
311	Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	18,60	23,16		7,28	7,28
312	Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -	27,92	34,75		7,41	7,41
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	11,16	13,89		6,20	6,20
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	23,27	28,96		6,89	6,89
316	Punktion des Douglasraums	23,27	28,96		7,70	7,70
317	Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	32,58	40,51		10,25	10,25
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	11,16	13,89		6,47	6,47
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	18,60	23,16		7,41	7,41
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation -	4,66	5,77		2,98	2,98

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	37,22	46,34		9,98	9,98
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	9,30	11,60		3,64	3,64
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	12,10	15,05		3,64	3,64
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	27,92	34,75		11,45	11,45
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	13,97	17,36		7,81	7,81
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	13,97	17,36		5,67	5,67
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader <i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>	46,54	57,92		8,62	8,62
353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intra-arterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle <i>Die Leistung nach Nummer 353 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechenbar.</i>	46,54	57,92		8,62	8,62
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	55,82	69,48		36,02	36,02
355 a	Leistung nach Nummer 355, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360. <i>Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>	47,15	47,15		36,02	36,02
356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	37,22	46,34		23,99	23,99
356 a	Leistung nach Nummer 356, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360. <i>Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>	31,44	31,44		23,99	23,99
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/ oder Baucharterie - einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	46,54	57,92		19,42	19,42
357 a	Leistung nach Nummer 357, jedoch im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351.	39,28	39,28		19,42	19,42
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden. Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>	93,06	115,82		38,83	38,83

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herz-katheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes - im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 - <i>Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>	55,82	69,48		23,31	23,31
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	37,22	46,34		15,66	15,66
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	37,22	46,34		15,66	15,66
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ -	18,60	23,16		7,81	7,81
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	26,07	32,43		10,92	10,92
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	23,27	28,96		9,72	9,72
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	13,97	17,36		5,93	5,93

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum von 3 Monaten nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376-378 ist die ggf. erforderliche Eintragung in den Impfpfaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.
6. Für die Anfertigung und Übersendung von Kopien der Hauttestprotokolle wird eine Gebühr nach Nr. 194, zuzüglich Porto, erstattet.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpfaß -	4,66	5,77		2,31	2,31
376	Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch -	7,44	9,27		2,31	2,31
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	4,66	5,77		2,31	2,31
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	11,16	13,89		5,12	5,12
379	Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger. Die Dokumentation soll auf dem DGUV Testbogen oder einem vergleichbaren Testbogen erfolgen (s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 4 auf www.dguv.de , webcode p012510).	2,80	3,49			
379 a	Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 (ohne spezifische Aufbereitung, nativ)	6,40	6,40			
379 b	Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 (mit spezifischer Aufbereitung)	12,80	12,80			
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	3,18	3,97		2,15	2,15
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	2,12	2,66		1,38	1,38
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) <i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	1,59	1,97		1,06	1,06

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
382 a	Zuschlag für Epikutanteste, die nicht der Standardreihe angehören. Je Test:	2,42	2,42		1,53	1,53
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	2,80	3,49		1,09	1,09
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	3,71	4,64		1,21	1,21
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	4,19	5,22		1,89	1,89
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	2,80	3,49		1,21	1,21
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) <i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	1,86	2,33		0,81	0,81
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	3,26	4,06		1,74	1,74
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	2,34	2,89		1,34	1,34
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	5,58	6,94		1,89	1,89
391	Intrakutantest, jeder weitere Test <i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	3,71	4,64		1,21	1,21
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	9,30	11,60		4,99	4,99
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	27,92	34,75		18,33	18,33
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	26,07	32,43		14,16	14,16
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	52,11	64,87		28,18	28,18
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	35,37	44,02		12,27	12,27
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	70,74	88,02		24,26	24,26
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	18,60	23,16		10,11	10,11

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Die Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
- Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.
- Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.
- Die sonographische Diagnostik von Frakturen hat bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) das Ziel, die Strahlenbelastung durch Röntgenkontrolluntersuchungen zu vermeiden. Für bis zu drei sonographische Untersuchungen kann der Arzt zu der Nummer 410 UV-GOÄ einen Zuschlag nach Nummer 411 oder 411a. abrechnen. Führt der Arzt eine sonographische Diagnostik durch, kann er im Behandlungsfall nur maximal 2 Röntgenkontrolluntersuchungen abrechnen. Die

Stellungskontrolle nach der Reposition zählt nicht dazu.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung - <i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>	31,44	31,44		24,81	24,81
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>	23,27	28,96		15,50	15,50
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>	13,97	17,36		9,30	9,30
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - ein-schließlich graphischer oder Bilddokumentation - <i>Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>	19,65	19,65		15,50	15,50
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler -	15,72	15,72		12,41	12,41
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	15,72	15,72		12,41	12,41
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	18,60	23,16		12,41	12,41
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs Für die sonographischen Untersuchungen von Frakturen der in der Nr. 411 UV-GOÄ genannten Knochen/Gelenke kann der dort genannte Zuschlag berechnet werden. <i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>	18,60	23,16		8,76	8,76
411	Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Knochen/Gelenke im Sinne der Nr. 411 sind: Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel und angrenzende Gelenke. Der Zuschlag kann zu der Nr. 410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der Nr. 411 und 411a. kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche sonographische Diagnostik der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung.	39,99	39,99		18,87	18,87
411 a	Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Andere Knochen/Gelenke die nicht in der Nr. 411 genannt sind. Der Zuschlag kann zu der Nr. 410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der Nr. 411 und 411a. kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche sonographische Diagnostik der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung.	11,42	11,42		5,40	5,40
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	26,07	32,43		12,27	12,27
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum voll-endeten 2. Lebensjahr	26,07	32,43		12,27	12,27
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	19,56	24,31		9,30	9,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten -	19,56	24,31		9,30	9,30
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ <i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>	7,44	9,27		3,51	3,51
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls ein-schließlich gleichzeitiger EKG- Kontrolle -	18,60	23,16		11,19	11,19
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -	46,54	57,92		27,91	27,91
424	Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - ein-schließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)	65,16	81,08		38,97	38,97

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	13,97	17,36		3,24	3,24
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>	20,49	25,49		4,72	4,72
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation -	37,22	46,34	2,21	4,32	6,53
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens <i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>	37,22	46,34		20,63	20,63
431	Elektrokardioskopie im Notfall	9,30	11,60		6,20	6,20
433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	13,01	16,21		8,62	8,62

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vom 1. Januar 2016
 1. Anwendung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe.
Zur Entscheidung, ob eine Operation unter ambulanten oder stationären Bedingungen durchzuführen ist, wird der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe“ nach Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (Stand: 01.01.2004) für Versicherte der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend zu Grunde gelegt.
 2. Vorrang der ambulanten Leistungserbringung
Die in dem Katalog mit * gekennzeichneten Leistungen sollen im Regelfall ambulant erbracht werden. Wird die Leistung stationär erbracht, ist dies gesondert zu begründen. Die Entscheidung obliegt dem Durchgangsarzt oder dem Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. nach Art oder Schwere der Verletzung, bzw. dem entsprechenden Facharzt bei Augen- und/oder HNO- Verletzungen und ggf. dem nach § 12 des Vertrages Ärzte/UVTr. hinzugezogenen Facharzt auf seinem Fachgebiet. Die Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens (siehe Pt. 1.4) sind zu beachten.

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

3. Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger

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

4. Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens und des Schwerstverletzungsartenverfahrens

Handelt es sich um eine Verletzung des Verletzungsartenverzeichnisses, hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass der Patient unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Bei Vorliegen einer in den Erläuterungen zum

Verletzungsartenverzeichnis mit "S" gekennzeichneten Verletzung erfolgt die Überweisung in ein von den Landesverbänden der DGUV am

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus. Der an diesem Krankenhaus tätige Durchgangsarzt entscheidet nach Art oder Schwere der Verletzung, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung erforderlich ist. Er kann die Behandlung ambulant durchführen oder einen anderen qualifizierten Arzt mit der ambulanten Behandlung beauftragen.

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

5. Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

Zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen in der GUV berechtigt sind in Praxis niedergelassene oder an Krankenhäusern tätige Durchgangsärzte, die als solche bis zum 31.12.2010 von einem Landesverband beteiligt worden sind, andere nur, wenn sie über die Schwerpunktbezeichnung "Unfallchirurgie" bzw. über die Zusatzbezeichnung "Spezielle Unfallchirurgie" verfügen, bzw. Augen- und HNO-Ärzte und Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UVTr. sowie Hautärzte und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen bei Verletzungen bzw. Erkrankungen auf dem jeweiligen Fachgebiet und Ärzte für Anästhesie, wenn sie hierzu von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen sind und/oder die Erklärungen nach § 3 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (Stand 01.01.2004) abgegeben haben, die fachlichen und räumlich-apparativen Voraussetzungen erfüllen und die notwendigen Pflichten anerkennen. Durchgangsärzte ohne Schwerpunktbezeichnung "Unfallchirurgie" bzw. Zusatzbezeichnung "Spezielle Unfallchirurgie" dürfen nur solche ambulanten Operationen durchführen und abrechnen, die in den Gebühren-Nrn. 442 bis 445 mit einem "*" gekennzeichnet sind, andere nur mit vorheriger Genehmigung durch den Unfallversicherungsträger. Durchgangsärzte sind berechtigt, Arbeitsunfallverletzte an Ärzte, die zum ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind, zur ambulanten Leistungserbringung zu überweisen (§ 12 Vertrag Ärzte/UV-Träger).

Beachte: Für ab 1.1.2011 neu beteiligte Durchgangsärzte ohne Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung (so gen. Basis D-Ärzte) existieren bedeutende Einschränkungen hinsichtlich der Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen! Werden andere zuschlagspflichtige OP-Leistungen erbracht, als in den Gebühren-Nrn. 442 bis 445 mit einem "*" gekennzeichnete, besteht hierfür kein Anspruch auf Vergütung. In Zweifelsfällen ist die Erfüllung der Anforderungen gegenüber dem zuständigen Landesverband der DGUV nachzuweisen. Der Landesverband kann verlangen, dass der Arzt/das Krankenhaus die abgegebenen Erklärungen zur Einsichtnahme zur Verfügung stellt.

Der Arzt/das Krankenhaus ermöglicht dem Landesverband, jederzeit die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen.

2. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations-

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

3. nicht besetzt
4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Bewertung.
5. Die Leistungen nach den Nummern 448, 448a und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448, 448a oder 449 darf die Leistung nach Nummern 56 und 57 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge/Leistungen nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen <i>Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig</i>	31,53
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Nr. 441 beträgt 100% des Gebührensatzes für die allg. Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens 79,92 Euro.</i>	
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 695, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1140, 1292, 1301, 1321, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1767, 1816, 2005*, 2010*, 2031*, 2060*, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100*, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256*, 2293, 2295, 2380*, 2381*, 2402*, 2405*, 2430*, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800*, 2890, 3120, 3220, 3237 <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a bis 445 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	40,94
442 a	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403* <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a bis 445 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	22,24
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040*, 2041, 2045, 2051*, 2052*, 2073*, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2347, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397*, 2404*, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3300. <i>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	76,78
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1121, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1384, 1485, 1497, 1597, 1612, 1636, 1756, 1815, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2106, 2111, 2134, 2140, 2213, 2273, 2296, 2297, 2349, 2353*, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283. <i>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, , 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	133,07

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1048, 1056, 1126, 1137, 1145, 1159, 1160, 1285, 1346, 1349, 1350, 1351, 1352, 1354, 1361, 1367, 1374, 1375, 1382, 1383, 1447, 1448, 1471, 1595, 1611, 1613, 1614, 1625, 1626, 1637, 1638, 1766, 1768, 1769, 1800, 1827, 1851, 2043, 2044, 2067, 2070, 2082, 2083, 2089, 2112, 2117, 2119, 2121, 2135, 2189, 2190, 2191, 2193, 2260, 2263, 2268, 2269, 2281, 2282, 2354, 2356, 2385, 2390, 2394, 2419, 2570, 2584, 2586, 2587, 2588, 2589, 2682, 2687, 2695, 2699, 2701, 2823, 2882, 2883, 2895, 2896, 2897, 3095, 3097, 3284, 3285. <i>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>	225,20
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 469, 473, 476, 477, 478, 497, 498 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. <i>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</i>	23,67
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 460, 462, 470, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. <i>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</i>	51,27
448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien <i>Die Leistung nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448a und 449 nicht berechnungsfähig</i>	39,99
448 a	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen <i>Die Leistung nach Nummer 448a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 448a ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummern 448 und 449 nicht berechnungsfähig.</i>	47,31
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen <i>Die Leistung nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 449 ist neben Leistungen nach Nummern 1 bis 9, 56 und 57 sowie den Leistungen nach Nummer 448 und 448a nicht berechnungsfähig.</i>	70,98

Hinweis:

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

Diese Leistungen sind nachfolgend nochmals zusammengestellt:

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand von in der Regel 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	31,54	65,64	9,46	9,14	18,60
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	5,88	7,30		3,78	3,78
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	3,71	4,64		1,74	1,74
2008	Wund- oder Fistelspaltung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	8,37	10,43		5,67	5,67
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	9,30	11,60		5,40	5,40

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche medikamentöse Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung.

Als Dauer der Allgemeinanästhesie (Nr. 462) gilt bei ambulanten Operationen die Dauer von 25 Minuten vor Operationsbeginn bis 25 Minuten nach Operationsende. Als Operationsbeginn und -ende gilt die Schnitt-/Naht-Zeit.

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
451	Intravenöse Kurznarkose	11,27	14,01	4,94	3,90	8,84
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	17,68	22,00	4,94	5,12	10,06
462	Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet einschließlich					
	- medikamentöser Prämedikation,					
	- erster peripherer Venenverweilkanüle,					
	- kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung,					
	- Elektrokardioskopie,					
	- kontinuierlicher Pulsoxymetrie					
	- kontinuierlicher CO ₂ -Messung und/oder Multigasmessung,					
	- Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens,	130,23	130,23	15,35	37,34	52,69
	- ggfs. Kehlkopfanaästhesie,					
	- ggf. Magensonde					
	- bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten					
	Neben der Leistung nach Nr. 462 sind die Leistungen nach Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ.					
	Die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614, 617 und 650 sind obligate Leistungsbestandteile der Leistung nach Nr. 462. Diese sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren.					
	<i>Für die besonderen Kosten und Sachkosten gilt: berechnungsfähig bei Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder Maske oder Jet. Bei einer ambulanten OP kann ggf. Zuschlag nach Nr. 447 erfolgen mit Besonderen Kosten: 10,19 Euro und Sachkosten: 42,87 Euro (berechnungsfähig bei Allgemeinanästhesie mit endotrachealer Intubation)</i>					
463	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer	44,03	44,03	5,57	12,23	17,80
464	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen Schmerzausschaltung	25,30	25,30	2,73	5,27	8,00
469	Kaudalanästhesie	23,27	28,96	6,83	3,51	10,34
	<i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
470	<p>Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard (rückenmarknahe Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervenplexus auch mittels Katheter (z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus und/oder N. Femoralis und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle - ggf. Lokalanästhesie, - kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Elektrokardioskopie, <p>bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten.</p> <p>Die Leistung ist nur einmal berechenbar. Neben der Leistung nach Nr. 470 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil und nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Nervenstimulator sind nicht gesondert berechenbar. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Ultraschall können nach Nr. 410 berechnet werden. Abrechnungsvoraussetzung ist die nachvollziehbare Dokumentation und Befundung. Diese ist dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen. Neben dieser Leistung ist Nr. 496 nicht berechenbar.</p> <p><i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i></p>	80,42	80,42	2,73	11,18	13,91
471	<p>Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie</p>	25,30	25,30	1,54	3,55	5,09
472	<p>Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität.</p>	25,30	25,30	2,73	5,27	8,00
473	<p>Standby und / oder Analgosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Überwachung der Vitalfunktionen, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie, - nicht invasiver Blutdruckmessung <p>bis zu einer Dauer von 30 Minuten</p> <p>Neben der Leistung nach Nr. 473 sind die Leistungen nach Nrn. 602, 614 und 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ.</p> <p><i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i></p>	44,54	44,54	1,48	22,63	24,11
474	<p>Zuschlag zu den Leistungen nach 473 für jede weitere angefangene Viertelstunde</p>	22,26	22,26	0,37	4,65	5,02
475	<p>Überwachung einer kontinuierlichen Regionalanästhesie nach Nr. 470 mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 470 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag. Nur berechenbar im Zusammenhang mit Operationen an der Schulter bei begründeter Indikation. Berechenbar für max. 3 Tage.</p>	56,95	56,95	20,07	15,95	36,02

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
476	Intravenöse Regionalanästhesie und intravenöse Sympathikusblockade einschließlich - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle - Anlage einer Doppelstaumanschette, - nicht invasiver kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie Die Leistung ist einmal berechenbar, unabhängig von der Dauer der Leistungserbringung. Neben der Leistung nach Nr. 476 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil. Diese Leistungen sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren und dem UV- Träger im begründeten Einzelfall auf Anforderung nachzuweisen. Diese Leistung ist nicht berechenbar für den Arzt, der gleichzeitig Leistungen aus dem Abschnitt L der UV-GOÄ berechnet. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	80,42	80,42	4,56	11,18	15,74
477	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt	35,37	44,02	6,83	5,12	11,95
477 a	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	17,68	22,00	2,00	5,12	7,12
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	21,41	26,65	6,83	2,56	9,39
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	10,72	13,32	2,21	2,56	4,77
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	20,66	25,74		4,86	4,86
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i>	44,20	55,00		9,30	9,30
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte- gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig	4,29	5,34		2,98	2,98
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	4,29	5,34		2,98	2,98
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	4,29	5,34		2,98	2,98
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	4,29	5,34		2,98	2,98
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens -	13,48	16,81		5,40	5,40
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	5,68	7,06	1,48	2,69	4,17
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie - <i>Niedergelassene Ärzte können hier - abweichend von der üblichen Systematik - 2,59 Euro bei den Besonderen Kosten berechnen.</i>	11,27	14,01	2,23	5,12	7,35
493	Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst - <i>Niedergelassene Ärzte können hier - abweichend von der üblichen Systematik - 1,73 Euro bei den Besonderen Kosten berechnen.</i>	5,68	7,06	1,15	2,56	3,71
494	Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusnästhesie -	11,27	14,01	2,94	5,12	8,06
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	11,27	14,01	2,94	5,12	8,06
496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	35,37	44,02	6,62	5,12	11,74
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i>	20,49	25,49		4,18	4,18

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	27,92	34,75		3,51	3,51

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Inhalationen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
500	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -	3,53	4,40
501	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z. B. Bird-Respirator)	8,01	9,97

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

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
505	Atmungsbehandlung - einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen -	7,92	9,84
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	11,16	13,89
507	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	7,44	9,27
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	10,24	12,77
509	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	3,53	4,40
510	Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung	6,53	8,09

Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.

514	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	9,77	12,15
515	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	3,53	4,40
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,07	7,53
518	Prothesengebrauchsschulung des Patienten - gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson -, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	11,16	13,89

III. Massagen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
520	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,19	5,22
521	Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung	6,07	7,53
523	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,07	7,53
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	3,26	4,06
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	5,12	6,37
527	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,75	10,89
528	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (Behandlungszeit 20 Minuten)	12,40	15,43

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
529	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten (Behandlungszeit 20 Minuten)	16,62	20,69

IV. Hydrotherapie und Packungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	3,26	4,06
531	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,29	5,34
532	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	7,08	8,80
533	Subaquales Darmbad	13,97	17,36

V. Wärmebehandlung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
535	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	3,07	3,82
536	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine)	4,74	5,91
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	3,71	4,64
539	Ultraschallbehandlung	4,09	5,10

VI. Elektrotherapie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
548	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	3,42	4,29
549	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	5,12	6,37
551	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Strom-formen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden - <i>Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nummer 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>	4,46	5,55
552	Iontophorese	4,09	5,10
552 A	Leitungswasser-Iontophorese	8,21	10,18
553	Vierzellenbad	4,29	5,34
554	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	8,47	10,55
555	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	11,16	13,89
558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	11,16	13,89

VII. Lichttherapie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
560	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung <i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.</i>	2,88	3,59			
561	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	2,88	3,59			
562	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung <i>Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	4,29	5,34			
563	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	4,29	5,34			
564	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	8,47	10,55			
565	Photochemotherapie, je Sitzung					
	Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. Creme- PUVA) kann zusätzlich die Nr. 567 abgerechnet werden.	11,16	13,89			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
566	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	46,54	57,92			
567	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	8,47	10,55			
569	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	2,80	3,49			
570	Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, Okklusiv-Verband inkl. adäquatem Schmerzmanagement, ggf. Anwendung einer Kaltpackung inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung von bis zu 100 cm ² der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche ¹ , ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüberhinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung kann nur mit Zustimmung des UV-Trägers erbracht werden. Leistungen nach Nrn. 1 und 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar.	114,96	114,96		57,49	57,49
571	Leistung nach Nr. 570 für jeweils weitere angefangene 100 cm ² der vom Behandlungsplan zu Nr. 570 erfassten Gesamtfläche, ggf. auch in weiteren Sitzungen.	57,13	57,13		27,42	27,42
572	Photodynamische Tageslichttherapie von Hautläsionen, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche* ¹ , ggf. auch in mehreren Sitzungen. Tageslichttherapien mit Selbstapplikation des Photosensibilisators werden nach UV-GOÄ-Nr. 753 vergütet.	39,99	39,99		20,00	20,00

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
573	Technisch simulierte photodynamische Tageslichttherapie von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung*, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche*1, ggf. auch in mehreren Sitzungen.	85,69	85,69		42,85	42,85
	*Bestrahlungsgeräte mit Zulassung als Medizinprodukt, Richtlinie 93/42 EWG					
	*1Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.					
575	Laserbehandlung von aktinischen Keratosen bis zu 7 cm2 Gesamtfläche ¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation	63,09	78,53		30,29	30,29
576	Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 7 cm2 bis 21 cm2 Gesamtfläche ¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation	87,54	108,95		42,03	42,03
577	Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 21 cm2 Gesamtfläche ¹ nur nach nachgewiesenem, dokumentiertem Versagen anderer Therapieformen (PDT und selbstapplizierbare Flächentherapie) inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlung inkl. Fotodokumentation	218,46	271,85		104,87	104,87
	Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.					

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	6,79	8,46		1,74	1,74
601	Hyperventilationsprüfung	4,09	5,10		2,69	2,69
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -	14,15	17,60		9,44	9,44
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.</i>	8,37	10,43		5,67	5,67
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	14,89	18,53		9,98	9,98
605	RuheSpirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	22,52	28,02		15,10	15,10
605 a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -	13,01	16,21		8,62	8,62
606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener RuheSpirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie -	35,27	43,88		23,59	23,59
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	22,52	28,02		15,10	15,10
608	RuheSpirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	7,08	8,80		4,72	4,72
609	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	16,94	21,08		11,33	11,33
610	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) - gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	56,30	70,08		37,74	37,74
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters -	56,30	70,08		37,74	37,74
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>	70,45	87,68		47,19	47,19
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	13,97	17,36		9,30	9,30
615	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	21,12	26,29		14,16	14,16
616	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung <i>Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.</i>	28,19	35,09		18,88	18,88
617	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	31,74	39,50		21,30	21,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
618	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	31,74	39,50		21,30	21,30
620	Rheographische Untersuchung der Extremitäten <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	14,15	17,60		9,44	9,44
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	11,82	14,69		7,96	7,96
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	16,94	21,08		11,33	11,33
623	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen <i>Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>	13,01	16,21		8,76	8,76
624	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.</i>	30,71	38,22		20,51	20,51
626	Rechtsherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - <i>Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	93,06	115,82		45,57	45,57
627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - <i>Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	139,61	173,74		54,61	54,61
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	74,47	92,66		49,61	49,61
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - <i>Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	186,15	231,63		124,05	124,05
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	84,50	105,16		56,63	56,63
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle -	103,31	128,58		69,16	69,16
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle - <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	112,63	140,16		75,37	75,37
634	Lichtreflex-Rheographie	11,16	13,89		7,55	7,55
635	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	21,12	26,29		14,16	14,16
636	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen)	35,27	43,88		23,59	23,59

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung -	21,12	26,29		14,16	14,16
638	Punktueller Arterien- und/oder Venenpulsschreibung	11,27	14,01		7,55	7,55
639	Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographische Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes)	42,28	52,58		28,32	28,32
640	Phlebodynamometrie	60,51	75,28		40,45	40,45
641	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung	38,43	47,84		25,77	25,77
642	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	51,57	64,18		34,52	34,52
643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	11,16	13,89		7,55	7,55
644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direkto-naler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließ-lich graphischer Registrierung -	16,74	20,85		11,33	11,33
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direkto-naler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	60,51	75,28		40,97	40,97
646	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisierung sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	56,30	70,08		37,74	37,74
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -	20,49	25,49		13,64	13,64
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, - einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle -	56,30	70,08		37,74	37,74
649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung -	60,51	75,28		40,31	40,31
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG -	14,15	17,60		9,44	9,44
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (minde-stens neun Ableitungen)	23,54	29,31		15,78	15,78
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch defi-nierter und reproduzierbarer Belastung (Ergome-trie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung -	41,44	51,55		27,79	27,79
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege <i>Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	23,54	29,31		15,78	15,78
654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	13,97	17,36		9,30	9,30
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	14,15	17,60		9,44	9,44

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	169,38	210,81		113,40	113,40
657	Vektorkardiographische Untersuchung	23,54	29,31		15,78	15,78
659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	37,22	46,34		24,81	24,81
660	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen - einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung -	28,19	35,09		18,88	18,88
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - gegebenenfalls mit Magnettest -	49,33	61,40		33,04	33,04
665	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur ohne Kohlensäurebestimmung	11,27	14,01		7,55	7,55
666	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur mit Kohlensäurebestimmung	21,12	26,29		14,16	14,16
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	19,71	24,57		13,22	13,22
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	11,16	13,89		7,41	7,41
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit -	11,16	13,89		7,41	7,41
672	Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert -	11,16	13,89		7,41	7,41
674	Anlage eines Pneumothorax - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	34,44	42,85		23,05	23,05
675	Pneumothoraxfüllung - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	25,59	31,86		17,12	17,12
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	74,47	92,66		62,16	62,16
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	55,82	69,48		18,48	18,48
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) - gegebenenfalls einschließlich Lavage -	83,77	104,23		23,46	23,46
679	Mediastinoskopie - gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion -	102,37	127,41	5,47	35,33	40,80
680	Ösophagoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	51,20	63,70		23,46	23,46
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	76,80	95,58		45,44	45,44
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	79,11	98,46		18,60	18,60
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	93,06	115,82		43,56	43,56
684	Bulboskopie - gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	111,69	138,99		43,56	43,56

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
685	Duodeno-/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	125,64	156,36		43,56	43,56
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion -	139,61	173,74		43,56	43,56
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	139,61	173,74		43,56	43,56
688	Partielle Koloskopie - gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	83,77	104,23		43,56	43,56
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeex-zision und/oder Probepunktion -	65,16	81,08		11,06	11,06
690	Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	32,58	40,51		11,06	11,06
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösopha-gusvarizen - gege-benenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	130,28	162,16		43,56	43,56
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion - mit Papillotomie (Hochfrequenz-elektroschlinge) und Steinentfernung	176,85	220,06		51,24	51,24
692 a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 -	37,22	46,34		7,55	7,55
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus- einschließlich Sondeneinführung -	27,92	34,75		5,40	5,40
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	46,54	57,92		8,08	8,08
695	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689 - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,22	46,34		7,81	7,81
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 -	18,60	23,16		7,81	7,81
697	Saugbiopsie des Dünndarms - gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion -	37,22	46,34		8,36	8,36
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	18,60	23,16		13,07	13,07
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	11,16	13,89		7,81	7,81
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	74,47	92,66	2,73	15,24	17,97
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,74	121,62	4,21	18,48	22,69
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	46,54	57,92		21,30	21,30
705	Proktoskopie	14,15	17,60		4,86	4,86
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	55,82	69,48		11,86	11,86

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	16,74	20,85		8,36	8,36
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes	20,49	25,49		1,74	1,74
<i>Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>						
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z. B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	6,41	7,99		1,74	1,74
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	10,24	12,77		1,74	1,74
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Neben-einanderberechnung	23,38	29,07		7,96	7,96
<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>						
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	23,38	29,07		7,96	7,96
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung - gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson -, Dauer mindestens 45 Minuten	27,92	34,75		18,74	18,74
<i>Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>						
726	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen - einschließlich aller dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmerschlaf - als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	27,92	34,75		18,74	18,74
<i>Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.</i>						
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	6,61	8,23		2,03	2,03
740 a	Kryochirurgische oder chemochirurgische Therapie aktinischer Keratosen.	14,74	14,74		3,69	3,69
Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.						
741	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	7,08	8,80		2,03	2,03
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	15,36	19,11		2,69	2,69
743	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	6,99	8,70		1,74	1,74
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	7,44	9,27		2,31	2,31
745	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	4,29	5,34		3,64	3,64

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	4,29	5,34		2,56	2,56
747	Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	4,09	5,10		2,31	2,31
748	Hautdrainage	7,08	8,80		3,51	3,51
750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	11,16	13,89		6,61	6,61
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion -	13,97	17,36		3,10	3,10
753	Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen inklusive, Aufklärung und Beratung; Erstellung eines Behandlungsplans, Rezeptur eines für die Behandlung aktinischer Keratosen zugelassenen selbstapplizierbaren Flächentherapeutikums und Dokumentation, ggf. vorbereitende Maßnahmen. Das Auftragen von Fertigarzneimitteln kann nicht abgerechnet werden. Abrechnung einmalig pro rezeptiertem Therapiezyklus. Leistungen nach Nrn. 1 und 6 sind enthalten und nicht gesondert abrechenbar. Die Leistung ist nicht kombinierbar mit den Leistungen nach Nrn. 575 bis 577.	28,57	28,57		7,14	7,14
754	Vorbereitende Maßnahmen bei AK Grad 3 nach Olsen (z.B. Kürretage / Debridement). Die Leistung kann nur in Kombination mit der Leistung nach Nr. 753 abgerechnet werden.	13,71	13,71		6,86	6,86
755	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	22,35	27,81		5,93	5,93
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen	11,27	14,01		6,61	6,61
758	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	6,99	8,70		2,56	2,56
759	Bestimmung der Alkalinisationszeit	7,08	8,80		4,72	4,72
760	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	11,27	14,01		7,55	7,55
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau -	7,08	8,80		2,14	2,14
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	12,10	15,05		7,81	7,81
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - gegebenenfalls einschließlich Naht -	13,77	17,13	5,47	6,61	12,08
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	17,68	22,00		8,08	8,08
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	26,07	32,43	5,47	7,81	13,28
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung	20,93	26,07		10,51	10,51
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	4,66	5,77		2,56	2,56
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	13,01	16,21		5,25	5,25
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	22,52	28,02		7,81	7,81
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	7,08	8,80		3,24	3,24
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	25,59	31,86		12,95	12,95
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Spülung	30,71	38,22		15,66	15,66
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	5,12	6,37		3,51	3,51

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
790	<p>Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p>	46,54	57,92		13,07	13,07
791	<p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p>	29,80	37,08		8,49	8,49
792	<p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p>	40,94	50,95		11,61	11,61
793	<p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p>	10,72	13,32		3,24	3,24
796	<p>Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation</p>	14,15	17,60		9,44	9,44

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
800	Eingehende neurologische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes - <i>Die Leistung ist nur für Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen und Neuropädiater berechnungsfähig und im Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechenbar. Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>	19,56	24,31		5,22	5,22
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson - <i>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>	23,27	28,96		4,86	4,86
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -	13,97	17,36		3,51	3,51
806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Ge-spräch, auch in akuter Konfliktsituation - gege-benenfalls unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten-, Mindestdauer 20 Minuten	23,27	28,96		4,86	4,86
807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen <i>Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>	37,22	46,34		4,86	4,86
808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psycho-therapie - einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachter-verfahrens, gegebenenfalls einschließlich Be-sprechung mit dem nichtärztlichen Psycho-therapeuten -	37,22	46,34		1,89	1,89
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	46,54	57,92		4,86	4,86
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen -	16,74	20,85		3,51	3,51
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maß-nahmen	16,74	20,85		3,51	3,51
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirn-nerven, als selbständige Leistung	7,74	9,62		1,74	1,74
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 826 sind die Leistungen nach den Nummern 6, 800 und nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.</i>	9,21	11,45		1,74	1,74
827	Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen -	56,30	70,08		37,74	37,74
827 a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - ein-schließlich Aufzeichnung und Auswertung -	88,41	110,02		58,94	58,94
828	Messung visuell, akustisch, somatosensorisch oder magnetisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP, MEP)	56,30	70,08		37,74	37,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden - gegebenenfalls ein-schließlich Be-stimmung der Rheobase und der Chronaxie -	14,89	18,53		9,98	9,98
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschema-störungen	7,44	9,27		1,74	1,74
831	Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen -	7,44	9,27		3,51	3,51
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	14,69	18,30		7,96	7,96
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen - <i>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.</i>	26,53	33,00		7,96	7,96
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchge-führte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensge-störtes Kind	5,95	7,41		1,74	1,74
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	17,68	22,00		7,96	7,96
837	Elektrische Konvulsionstherapie	25,41	31,63		8,62	8,62
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	51,20	63,70		34,25	34,25
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Ner-ven und Muskeln mit Untersuchung der Nerven- leitungsgeschwindigkeit	65,16	81,08		43,67	43,67
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	65,16	81,08		43,67	43,67
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik <i>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>	46,54	57,92		31,02	31,02
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	13,97	17,36		3,51	3,51
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minu-ten	13,97	17,36		3,51	3,51
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teil-nehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	4,19	5,22		1,50	1,50
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neuroti- schen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	21,41	26,65		4,86	4,86
855	Projektive Testverfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. Rorschach-Test, TAT, ...) je Test	34,28	34,28		13,95	13,95
856	Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik einschließlich neuropsychologischer Verfahren(Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Verlaufsdiagnostik Anzahl anhängig von Fragestellung, einschließlich Verfahren zur Beschwerdvalidierung (z. B. K-ABC, WIE, TAP, WMS, ...) je Test <i>Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>	51,41	51,41		21,03	21,03

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
857	Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie Verlaufsmessung Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. BDI-II, BSCL, FPI, PSSI, HADS, IES-R, ETI, ...) je Test <i>Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>	17,13	17,13		6,94	6,94
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen <i>Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>	85,63	106,56		27,63	27,63
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	64,22	79,93		11,86	11,86
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	32,09	39,96		6,20	6,20
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	64,22	79,93		11,86	11,86
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	32,09	39,96		6,20	6,20
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	32,09	39,96		3,51	3,51
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -	69,82	86,86		12,95	12,95
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer <i>Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.</i>	13,97	17,36		2,69	2,69
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	46,54	57,92		8,36	8,36
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	65,16	81,08		11,86	11,86
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	18,60	23,16		3,24	3,24

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1001	Tokographische Untersuchung	11,16	13,89		7,55	7,55
1002	Externe kardiotokographische Untersuchung	18,60	23,16		12,54	12,54
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie - <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.</i>	35,27	43,88		23,59	23,59
1010	Amnioskopie	13,77	17,13		4,86	4,86
1011	Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	24,75	30,82		7,28	7,28
1012	Blutentnahme beim Fetus	6,90	8,58		3,51	3,51
1013	Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -	16,57	20,62		10,25	10,25
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		10,80	10,80
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - gegebenenfalls einschließlich Eipollösung -	13,77	17,13		7,28	7,28
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	24,75	30,82		3,51	3,51
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, aus- schließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Ge- burt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	120,98	150,58		4,86	4,86
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	51,57	64,18		26,70	26,70
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	77,43	96,39		34,79	34,79
1027	Entbindung durch Zange	77,43	96,39		32,64	32,64
1028	Äußere Wendung	34,44	42,85		6,61	6,61
1029	Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion -	103,31	128,58		33,84	33,84
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i>	34,44	42,85		7,96	7,96
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	181,50	225,86		65,00	65,00
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	215,01	267,55	46,78	45,57	92,35
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	188,95	235,12	46,78	51,52	98,30
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	257,82	320,82	46,78	51,52	98,30
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage -	32,58	40,51		7,41	7,41
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	76,70	95,43		25,08	25,08
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	51,57	64,18		25,08	25,08
1043	Naht des Gebärmutterhalses - einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	57,72	71,82	15,66	19,84	35,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1044	Naht der weichen Geburtswege - auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung - und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses <i>Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	39,10	48,66	15,66	19,15	34,81
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses(III. Grades) <i>Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	23,33	25,88	49,21
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	215,01	267,55	31,11	57,31	88,42
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes -	27,54	34,28		4,72	4,72
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	27,54	34,28		21,30	21,30
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	17,22	21,42		3,64	3,64
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61		18,48	18,48
1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	74,47	92,66		21,30	21,30
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutter-halskanals - <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99		51,52	51,52
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02		21,30	21,30
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	17,22	21,42		8,62	8,62
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	16,57	20,62		5,78	5,78
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	22,35	27,81		5,78	5,78
1070	Kolposkopie	6,79	8,46		3,10	3,10
1075	Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen -	4,19	5,22		2,56	2,56
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	9,87	12,29		5,78	5,78
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung	5,49	6,84		6,20	6,20
1082	Ausstopfung der Gebärmutter - gegebenenfalls einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung	16,57	20,62		9,30	9,30
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	6,53	8,09		3,24	3,24
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	10,97	13,68		8,36	8,36
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		8,36	8,36
1086	Konisation der Portio <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		16,72	16,72
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	5,12	6,37		2,56	2,56
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	8,66	10,78		6,20	6,20
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64		15,24	15,24

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	4,84	6,01		2,56	2,56
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	9,87	12,29		2,56	2,56
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	4,84	6,01		2,56	2,56
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	215,01	267,55	31,11	51,52	82,63
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	13,77	17,13		7,28	7,28
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - gegebenenfalls einschließlich Naht - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28	7,78	12,41	20,19
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28	7,78	12,41	20,19
1099	Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,23	74,95	7,78	12,41	20,19
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	13,77	17,13		11,45	11,45
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - gegebenenfalls einschließlich Abrasiound auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen -	17,22	21,42		11,45	11,45
1104	Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses - gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen -	60,23	74,95	7,46	12,41	19,87
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	16,74	20,85		11,19	11,19
1110	Hysteroskopie	41,32	51,42		5,78	5,78
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	7,81	15,59
1112	Tubendurchblasung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		9,57	9,57
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	39,10	48,66		11,19	11,19
1114	Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens -	34,44	42,85		16,31	16,31
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses - auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,23	74,95	11,77	31,81	43,58
1121	Operation eines alten vollkommenen Dammrisses <i>Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	154,50	192,27	23,33	44,09	67,42
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	29,66	37,44
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschuß der Scheide	257,82	320,82	23,33	48,00	71,33
1123 a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	211,29	262,94	23,33	48,00	71,33
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	344,35	428,55	23,33	62,16	85,49
1125	Vordere Scheidenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,66	45,57	61,23
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	120,05	149,41	15,66	52,98	68,64
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	154,50	192,27	23,33	60,54	83,87

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1128	Scheiden- und Portioplastik - gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Becken-bodenplastik -	206,61	257,12	31,11	65,12	96,23
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z. B. nach Shirodkar) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	15,66	33,43	49,09
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	35,27	43,88	3,68	12,41	16,09
1135	Zervixamputation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	7,78	23,05	30,83
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbstständige Leistung	35,27	43,88	3,68	6,61	10,29
1137	Vaginale Myomenukleation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	120,05	149,41	31,11	39,24	70,35
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	257,82	320,82	38,89	66,74	105,63
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	309,93	385,70	46,78	98,17	144,95
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	31,00	38,57	3,68	12,41	16,09
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheiden-septums) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	11,77	27,38	39,15
1145	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	154,50	192,27	38,89	46,92	85,81
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	206,61	257,12	46,78	51,52	98,30
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	137,75	171,42	38,89	50,03	88,92
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	232,67	289,56	54,34	65,12	119,46
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	325,76	405,37	54,34	98,45	152,79
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	74,47	92,66	3,68	18,48	22,16
1156	Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,74	121,62	31,11	38,15	69,26
1158	Kuldoskopie - auch mit operativen Eingriffen -	68,77	85,61	7,78	27,38	35,16
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile - auch Vulvektomie - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	154,50	192,27	23,33	38,15	61,48
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	257,82	320,82	23,33	101,66	124,99
1161	Uterusamputation, supravaginal	137,75	171,42	31,11	66,74	97,85
1162	Abdominale Myomenukleation	172,20	214,27	31,11	67,42	98,53

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen - gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darm- harnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplas-tik und Beckenbodenplastik -	257,82	320,82	46,78	51,52	98,30
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	292,24	363,69	46,78	67,94	114,72
1166	Radikaloperation des Zervixkrebsses, vaginaloder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	429,99	535,10	62,22	87,51	149,73
1167	Radikaloperation des Zervixkrebsses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	456,07	567,55	62,22	101,66	163,88
1168	Exenteration des kleinen Beckens	549,12	683,34	62,22	101,66	163,88

I. Augenheilkunde

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	5,49	6,84		3,51	3,51
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	8,27	10,31		3,51	3,51
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	6,90	8,58		4,86	4,86
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	5,58	6,94		4,86	4,86
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	4,19	5,22		3,51	3,51
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	6,53	8,09		4,32	4,32
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test)	1,86	2,33		1,34	1,34
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Ver-ordnung - einschließlich objektiver Refraktions-bestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	21,23	26,39		11,86	11,86
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refrak-tionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	27,92	34,75		16,47	16,47
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gege-benenfalls Anpassung einer anderen Kontakt-linse (Haftschale) - einschließlich objektiver Re-fraktionsbestimmung, Messung der Hornhaut-radien und der Spaltlampenmikroskopie -	12,29	15,30		9,04	9,04
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontakt-linsen (Haftschalen) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhau-tradien und der Spaltlampenmikroskopie -	18,43	22,93		12,95	12,95
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9 nicht berechnungsfähig. Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht getragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.</i>					
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	11,27	14,01		6,61	6,61
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus - gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	8,47	10,55		4,86	4,86
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	22,52	28,02		9,30	9,30
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 6 bis 9 nicht berechnungsfähig.</i>					
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelerkrankungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	65,16	81,08		18,48	18,48
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster -	11,27	14,01		5,52	5,52
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	16,94	21,08		4,86	4,86
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	23,09	28,71		8,91	8,91
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben(z. B. Farbtafeln)	5,68	7,06		1,74	1,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	16,94	21,08		4,86	4,86
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	45,04	56,06		15,24	15,24
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.</i>					
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	8,47	10,55		3,24	3,24
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	8,47	10,55		3,24	3,24
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	8,47	10,55		3,24	3,24
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	55,82	69,48		37,35	37,35
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) -	6,90	8,58		3,51	3,51
1241	Gonioskopie	14,15	17,60		6,61	6,61
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampen-mikroskopie der vorderen und mittleren Augenab-schnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung -	14,15	17,60		6,61	6,61
1243	Diasklerale Durchleuchtung	5,68	7,06		3,51	3,51
1244	Exophthalmometrie	4,66	5,77		4,86	4,86
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes -	22,52	28,02		13,07	13,07
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund-einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes -	45,04	56,06		30,07	30,07
	<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>					
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	25,41	31,63		9,30	9,30
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	25,41	31,63		9,30	9,30
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	9,30	11,60		4,72	4,72
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundus-fotographie	13,97	17,36		7,02	7,02
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	6,53	8,09		1,74	1,74
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	9,30	11,60		3,51	3,51
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonome-trischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes -	22,52	28,02		10,25	10,25
1259	Pupillographie	22,52	28,02		15,10	15,10
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	52,11	64,87		34,91	34,91
1262	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, erste Messung	22,52	28,02		10,25	10,25
1263	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung	14,15	17,60		8,62	8,62
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	14,15	17,60		14,02	14,02

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten	14,15	17,60		14,02	14,02
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	5,02	6,24		4,86	4,86
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	4,29	5,34		1,74	1,74
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	3,42	4,29		1,74	1,74
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	6,90	8,58		2,56	2,56
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	14,15	17,60	2,50	4,86	7,36
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	25,87	32,20	2,50	7,28	9,78
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	9,30	11,60		5,40	5,40
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels -	120,05	149,41	5,47	30,34	35,81
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augen-innern	206,61	257,12	7,46	55,95	63,41
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	14,15	17,60		8,08	8,08
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	5,47	12,41	17,88
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	7,46	15,24	22,70
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	7,78	23,05	30,83
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherne Gerüst	139,61	173,74	7,78	23,05	30,83
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)	172,20	214,27	7,78	23,05	30,83
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	25,87	32,20	5,47	6,61	12,08
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	6,90	8,58		2,42	2,42
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	12,10	15,05		2,42	2,42
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	14,15	17,60	5,47	1,74	7,21
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals	12,29	15,30		2,31	2,31
1299	Tränensackexstirpation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	5,47	15,24	20,71
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfenestrierung	113,55	141,30	5,47	23,05	28,52
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	5,47	10,80	16,27
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	5,47	7,81	13,28
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	21,41	26,65		1,74	1,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	7,46	9,30	16,76
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	5,47	19,84	25,31
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	7,46	19,84	27,30
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	137,75	171,42	7,78	19,84	27,62
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	7,46	27,38	34,84
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	172,20	214,27	7,78	27,38	35,16
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippen-schleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Trans-plantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel -	172,20	214,27	15,66	27,38	43,04
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	4,84	6,01		1,74	1,74
1321	Operation des Flügelfells <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28	5,47	9,30	14,77
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	154,50	192,27	7,46	50,03	57,49
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	6,22	7,77		2,56	2,56
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhaut-wunde	21,41	26,65	5,47	11,06	16,53
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung -	103,31	128,58	7,46	30,34	37,80
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Ver-sorgung von Regenbogenhaut und Linse	172,20	214,27	7,46	27,38	34,84
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	300,63	374,12	14,82	67,94	82,76
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,46	45,57	53,03
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	4,21	15,24	19,45
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	7,46	45,57	53,03
1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	4,10	15,24	19,34
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	5,22	6,48		1,74	1,74
1339	Abschabung der Hornhaut	13,77	17,13		3,51	3,51
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelent-fernung	17,22	21,42		4,86	4,86
1341	Tätowierung der Hornhaut	31,00	38,57		5,78	5,78
1345	Hornhautplastik	154,50	192,27	7,46	50,03	57,49
1346	Hornhauttransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	257,82	320,82	7,46	72,42	79,88
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese)	282,01	350,95	7,46	72,42	79,88

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars	77,43	96,39	5,47	18,48	23,95
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - gegebenenfalls mit Extraktion zurückge-bliebener Linsenteile - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	6,10	45,57	51,67
1350	Staroperation - gegebenenfalls mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	220,58	274,51	5,47	45,57	51,04
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	257,82	320,82	7,78	74,84	82,62
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	167,54	208,47	7,78	50,03	57,81
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	77,43	96,39	7,78	27,38	35,16
1354	Extraktion der luxierten Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	206,61	257,12	7,78	55,95	63,73
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	7,78	27,38	35,16
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	5,47	10,80	16,27
1357	Hintere Sklerotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	5,47	10,80	16,27
1358	Zyklodialyse, Iridektomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	93,06	115,82	5,47	38,15	43,62
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	46,54	57,92	5,47	20,23	25,70
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	93,06	115,82		44,50	44,50
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	5,47	45,57	51,04
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	282,01	350,95	7,46	72,42	79,88
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02		53,27	53,27
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	5,47	24,26	29,73
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	206,61	257,12	5,47	53,27	58,74
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	282,01	350,95	5,47	53,27	58,74
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	172,20	214,27		53,27	53,27
1370	Operative Entfernung des Augapfels	86,00	107,02	7,46	23,05	30,51
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	120,05	149,41	7,78	30,34	38,12
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	172,20	214,27	7,78	53,27	61,05
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	103,31	128,58	7,46	26,02	33,48
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	283,87	353,27	5,47	14,16	19,63

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	325,76	405,37	7,78	16,18	23,96
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	137,75	171,42	7,78	37,48	45,26
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	26,07	32,43	5,47	6,61	12,08
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	186,15	231,63	7,46	55,95	63,41
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	257,82	320,82	7,46	55,95	63,41
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	232,67	289,56	7,46	55,95	63,41
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung	232,67	289,56	7,46	55,95	63,41
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	77,25	96,13	7,78	27,38	35,16
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	120,05	149,41	7,78	30,34	38,12

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1400	Genaue Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	7,08	8,80		1,74	1,74
1401	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	5,58	6,94		1,74	1,74
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) - auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung - <i>Für Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - wird ein Betrag in Höhe von 3,14 Euro zuzüglich Porto erstattet (Abrechnung als Geb.-Nr. 194).</i>	14,69	18,30		9,84	9,84
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher) <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>	14,69	18,30		9,84	9,84
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	5,88	7,30		3,90	3,90
1406	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungs-reflexen - gegebenenfalls einschließlich über-schwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>	16,94	21,08		11,33	11,33
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Laut-heitstest), auch beidseitig	16,94	21,08		11,33	11,33
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	82,66	102,85		55,29	55,29
1409	Messung otoakustischer Emissionen <i>Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>	37,22	46,34		24,81	24,81
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	8,47	10,55		1,74	1,74
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	24,66	30,69		16,58	16,58
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	3,90	4,87		1,74	1,74
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	8,47	10,55		1,74	1,74
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	11,27	14,01		3,90	3,90
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	9,30	11,60		2,56	2,56
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums - gege-benenfalls einschließlich der Stimmbänder - <i>Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.</i>	16,74	20,85		4,99	4,99
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	4,66	5,77		2,56	2,56
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	9,30	11,60		4,58	4,58
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	8,84	10,99		3,24	3,24

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	7,78	3,24	11,02
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	7,08	8,80		3,51	3,51
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probe-exzision	11,07	13,77	7,78	5,12	12,90
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	8,47	10,55		5,40	5,40
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	3,35	4,17		2,56	2,56
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85		11,19	11,19
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	34,44	42,85		11,19	11,19
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	12,10	15,05		8,08	8,08
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28	7,78	9,30	17,08
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64		14,02	14,02
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	18,48	26,26
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	154,50	192,27	15,66	95,45	111,11
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	220,58	274,51	15,66	131,46	147,12
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	344,35	428,55	23,33	190,65	213,98
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	688,74	857,09	31,11	358,00	389,11
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	74,47	92,66	11,77	18,48	30,25
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	102,37	127,41	23,33	30,47	53,80
1455	Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,20	63,70	7,78	20,23	28,01
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	21,58	26,89		11,19	11,19
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85		18,88	18,88
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	120,05	149,41	15,66	30,34	46,00
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	6,90	8,58		5,40	5,40
1465	Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -	11,07	13,77		4,86	4,86
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 -	16,57	20,62		7,28	7,28

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,89	47,14		13,64	13,64
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		12,13	12,13
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	51,57	64,18		19,84	19,84
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus - einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand -	68,77	85,61	7,78	23,05	30,83
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle - gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	11,77	38,15	49,92
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	20,66	25,74		11,19	11,19
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen <i>Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.</i>	206,61	257,12	15,66	60,54	76,20
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -	16,57	20,62		7,28	7,28
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -	5,49	6,84		2,56	2,56
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	4,19	5,22		2,56	2,56
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,66	30,34	46,00
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	103,31	128,58	15,66	38,15	53,81
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	137,75	171,42	15,66	45,57	61,23
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	172,20	214,27	15,66	60,54	76,20
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	120,05	149,41	15,66	38,15	53,81
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		14,16	14,16
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	103,31	128,58	7,78	42,34	50,12
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	206,61	257,12	15,66	60,54	76,20
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	7,78	38,15	45,93
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	4,09	5,10		2,56	2,56
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	43,11	53,64		16,99	16,99
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	68,77	85,61		24,95	24,95
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	31,00	38,57	7,78	9,30	17,08
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	13,77	17,13		7,28	7,28
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	17,22	21,42		7,28	7,28
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	5,22	6,48		3,64	3,64
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	8,66	10,78		4,05	4,05
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	43,11	53,64		23,16	23,16
1510	Schlitzung des Parotis- oder SubmandibularisAusführungsganges - gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen -	17,68	22,00		7,28	7,28
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	17,22	21,42		6,74	6,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1512	Teilweise Entfernung der Zunge - gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis -	103,31	128,58	15,66	27,38	43,04
1513	Keilexzision aus der Zunge <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	7,78	12,41	20,19
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	206,61	257,12	23,33	63,51	86,84
1518	Operation einer Speichelfistel	68,77	85,61	7,78	16,86	24,64
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	7,78	16,86	24,64
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	83,77	104,23	7,78	30,34	38,12
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	172,20	214,27	15,66	39,24	54,90
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis - gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes -	186,15	231,63	23,33	45,57	68,90
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	4,29	5,34		2,31	2,31
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	7,08	8,80		4,18	4,18
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettament im Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85		3,90	3,90
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18		12,82	12,82
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	14,15	17,60		7,02	7,02
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	16,94	21,08		8,08	8,08
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	16,94	21,08		8,08	8,08
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	46,54	57,92		26,81	26,81
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64		11,73	11,73
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,23	74,95		16,18	16,18
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	172,20	214,27	15,66	48,40	64,06
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	129,37	160,99	7,78	29,52	37,30
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	172,20	214,27	15,66	48,40	64,06
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	153,57	191,10	23,33	45,57	68,90
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes - einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynx-plastik -	172,20	214,27	23,33	48,40	71,73
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	206,61	257,12	23,33	59,19	82,52
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes - einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen -	344,35	428,55	38,89	106,25	145,14
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie - einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels -	257,82	320,82	31,11	101,66	132,77
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	191,75	238,60	31,11	59,19	90,30
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	111,69	138,99	23,33	61,08	84,41
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	27,92	34,75		14,16	14,16
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie -	279,22	347,49	46,78	101,66	148,44

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses) <i>Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>	11,07	13,77		3,90	3,90
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfangs und der Sprachstimm Lage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	11,07	13,77		3,90	3,90
1557	Elektroglottographische Untersuchung	9,87	12,29		7,14	7,14
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopfflosen (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	13,77	17,13		4,32	4,32
1559	Sprachübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	19,26	23,97		4,86	4,86
1560	Stimmübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmesatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	19,26	23,97		4,86	4,86
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfröpfen, auch beidseitig	4,19	5,22		1,74	1,74
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	4,19	5,22		1,74	1,74
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	6,90	8,58		4,32	4,32
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	17,22	21,42		5,78	5,78
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	6,90	8,58		3,51	3,51
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	13,77	17,13		4,86	4,86
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	12,10	15,05		4,86	4,86
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	29,80	37,08		15,24	15,24
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	4,19	5,22		2,31	2,31
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	3,71	4,64		2,31	2,31
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang -	6,53	8,09		4,18	4,18
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	8,27	10,31		3,90	3,90
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	12,10	15,05		5,78	5,78
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		11,19	11,19
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	7,78	18,48	26,26

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	2,80	3,49		1,74	1,74
1590	Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arznei-mitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig	6,90	8,58		3,78	3,78
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	3,71	4,64		1,74	1,74
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	7,78	48,40	56,18
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	137,75	171,42	7,78	41,40	49,18
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58		42,87	42,87
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikalopera-tion)	154,50	192,27	7,78	45,57	53,35
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Frei-legung sämtlicher Mittelohrräume -	257,82	320,82	15,66	75,65	91,31
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - gegebenenfalls einschließ-lich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 -	154,50	192,27	15,66	45,57	61,23
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 -	257,82	320,82	15,66	75,65	91,31
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	137,75	171,42	7,78	30,34	38,12
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	7,78	30,34	38,12
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58		35,05	35,05
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	218,73	272,20	7,78	59,61	67,39
1614	Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	292,24	363,69	7,78	75,65	83,43
1620	Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes -	218,73	272,20	7,78	72,42	80,20
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	103,31	128,58	7,78	30,34	38,12
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	65,16	81,08	7,78	25,22	33,00
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - gegebenenfalls einschließlich Interposition -	218,73	272,20	7,78	59,61	67,39
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	218,73	272,20	7,78	59,61	67,39
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	206,61	257,12	7,78	59,61	67,39
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	123,78	154,04	7,78	25,22	33,00
1628	Plastischer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	15,24	23,02

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	344,35	428,55	7,78	106,25	114,03
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	23,05	30,83
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	82,54	102,74	7,78	44,36	52,14
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	130,28	162,16	7,78	59,61	67,39
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	418,83	521,20	31,11	190,65	221,76
1639	Unterbindung der Vena jugularis	51,57	64,18	7,78	15,24	23,02

K. Urologie

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	4,19	5,22		2,14	2,14
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	6,90	8,58		3,90	3,90
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, erste Sitzung	16,57	20,62		8,76	8,76
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	13,77	17,13		8,76	8,76
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	51,57	64,18	11,77	21,45	33,22
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	6,99	8,70		3,90	3,90
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	5,58	6,94		2,69	2,69
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	5,49	6,84		2,69	2,69
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	6,90	8,58		3,90	3,90
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	11,07	13,77		8,76	8,76
1713	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation, Erstbougieurung und/oder Spaltung einer Striktur) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28		19,68	19,68
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	21,41	26,65	7,78	14,16	21,94
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	27,92	34,75		13,88	13,88
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	51,57	64,18	15,66	27,38	43,04
1721	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch Naht	51,57	64,18	19,66	30,87	50,53
1722	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	103,31	128,58	19,66	54,76	74,42
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	154,50	192,27	31,11	54,76	85,87
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	154,50	192,27	31,11	54,76	85,87
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	5,49	6,84		4,05	4,05
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	9,68	12,05		6,20	6,20
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	3,42	4,29		1,74	1,74
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	6,90	8,58		5,40	5,40
1732	Einlegung eines Verweilkatheters - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 - <i>Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.</i>	6,90	8,58		4,05	4,05
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	3,71	4,64		2,56	2,56
1737	Meatomie	6,90	8,58	5,78	3,90	9,68
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	23,33	21,45	44,78

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	5,58	6,94		2,31	2,31
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,54	34,28	11,77	9,30	21,07
1741	Phimoseoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	11,77	9,30	21,07
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	7,92	9,84	5,78	1,74	7,52
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	51,57	64,18	31,11	21,45	52,56
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	103,31	128,58	54,34	26,70	81,04
1747	Penisamputation	51,57	64,18	38,89	16,86	55,75
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen - einschließlich Verlagerung der Harnröhre -	206,61	257,12	62,22	53,27	115,49
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	232,67	289,56	38,89	56,50	95,39
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	297,83	370,63	46,78	82,26	129,04
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	86,00	107,02	31,11	31,81	62,92
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	232,67	289,56	38,89	74,69	113,58
1753	Entfernen einer Penisprothese	51,20	63,70	7,78	16,86	24,64
1754	Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penis-gefäßen und/oder Skrotalfächern - einschließlich graphischer Registrierung -	16,74	20,85		10,51	10,51
1755	Unterbindung eines Samenleiters - auch mit Teilresektion -, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	11,77	11,86	23,63
1756	Unterbindung beider Samenleiter - auch mit Teilresektion(en) -, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	77,43	96,39	11,77	16,86	28,63
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	51,57	64,18	7,78	14,02	21,80
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	103,31	128,58	31,11	26,70	57,81
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	260,60	324,31	7,78	134,30	142,08
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	137,75	171,42	23,33	53,27	76,60
1761	Operation eines Wasserbruchs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	23,33	16,86	40,19
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	111,69	138,99	23,33	38,42	61,75
1763	Einlegen einer Hodenprothese	68,88	85,69	15,66	16,86	32,52
1764	Entfernen einer Hodenprothese	42,81	53,28	7,78	14,02	21,80
1765	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	54,34	16,86	71,20
1766	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99	77,79	31,81	109,60
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	23,33	14,02	37,35
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99	31,11	31,81	62,92
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	54,34	41,66	96,00
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	86,00	107,02	23,33	31,81	55,14

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	137,75	171,42	31,11	41,66	72,77
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) - gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat -	4,19	5,22		2,56	2,56
1776	Eröffnung eines Prostataabzesses vom Damm aus	34,44	42,85	7,78	11,45	19,23
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	86,00	107,02	31,11	45,57	76,68
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	172,20	214,27	70,01	63,51	133,52
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	241,05	299,98	70,01	74,69	144,70
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	172,20	214,27	77,79	45,57	123,36
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließ-muskels	257,82	320,82	77,79	74,69	152,48
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	103,31	128,58	15,66	26,70	42,36
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	172,20	214,27	70,01	54,47	124,48
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknoten-entfernung	325,76	405,37	77,79	89,67	167,46
1785	Zystoskopie	19,26	23,97		10,80	10,80
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	33,04	41,12		16,99	16,99
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	23,45	29,18		12,41	12,41
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	27,54	34,28		14,16	14,16
1789	Chromozystoskopie - einschließlich intravenöser Injektion -	30,24	37,64	2,31	16,99	19,30
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken -	34,44	42,85		18,74	18,74
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	13,77	17,13		8,08	8,08
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	19,71	24,57		12,02	12,02
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>	37,22	46,34		24,95	24,95
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.</i>	63,29	78,76		42,34	42,34
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	25,41	31,63		16,99	16,99
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	68,77	85,61	15,66	16,86	32,52
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung	33,04	41,12		16,47	16,47
1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>	51,20	63,70		34,25	34,25
1799	Nierenbeckendruckmessung	13,97	17,36		8,23	8,23
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42		37,74	37,74
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - gegebene-nfalls einschließlich Anlegung eines Fistel-katheters -	137,75	171,42	38,89	42,34	81,23

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch einschließ- lich Probeexzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	23,05	30,83
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig</i>	103,31	128,58	7,78	30,34	38,12
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung	172,20	214,27	38,89	45,57	84,46
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	172,20	214,27	38,89	54,47	93,36
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	206,61	257,12	54,34	105,72	160,06
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	378,81	471,41	54,34	105,72	160,06
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenfalls einschließ- lich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samen- blasenentfernung -	446,76	555,95	62,22	105,72	167,94
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	429,07	533,96	62,22	105,72	167,94
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters <i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>	31,66	39,37		18,74	18,74
1814	Harnleiterbougie	83,77	104,23		38,31	38,31
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - gegebenenfalls ein- schließlich Schlitzung des Harnleiterostiums - <i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58		38,31	38,31
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	44,78	55,72		21,05	21,05
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	206,61	257,12	31,11	63,51	94,62
1818	Ureterektomie - gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette -	257,82	320,82	54,34	74,69	129,03
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End- Anastomose	349,03	434,34	38,89	158,15	197,04
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antireflux-plastik, einseitig	241,05	299,98	31,11	74,69	105,80
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	309,93	385,70	54,34	105,72	160,06
1825	Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	257,82	320,82	54,34	74,69	129,03
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	43,11	53,64	7,78	16,86	24,64
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie - gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistun- gen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	139,61	173,74		38,57	38,57
1828	Ureterpyeloskopie - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung -	139,61	173,74		38,57	38,57
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperito- nealen Verwachsungen des Harnleiters)	241,05	299,98	38,89	74,69	113,58
1829 a	Ureterolyse, als selbständige Leistung <i>Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	103,31	128,58	31,11	45,57	76,68
1830	Operative Freilegung einer Niere - gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses -	103,31	128,58	31,11	45,57	76,68

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	137,75	171,42	38,89	45,57	84,46
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	154,50	192,27	7,78	55,00	62,78
1833	Wechsel eines Nierenfistulkatheters einschließlich Spülung und Verband	22,07	27,45		12,65	12,65
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes - ohne Eröffnung des Nierenbeckens -, als selbständige Leistung	137,75	171,42	62,22	45,57	107,79
1835	Trennung der Hufeisenniere	300,63	374,12	77,79	81,71	159,50
1836	Nierenpolresektion, als selbständige Leistung	257,82	320,82	62,22	81,71	143,93
1837	Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	154,50	192,27	62,22	45,57	107,79
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	206,61	257,12	38,89	59,19	98,08
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	257,82	320,82	46,78	59,19	105,97
1840	Nierenbeckenplastik	257,82	320,82	46,78	59,19	105,97
1841	Nephrektomie	206,61	257,12	54,34	59,19	113,53
1842	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) -	300,63	374,12	62,22	98,17	160,39
1843	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) -	387,16	481,84	77,79	191,87	269,66
1845	Implantation einer Niere	464,42	577,95	116,57	230,18	346,75
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	387,16	481,84	116,57	191,87	308,44
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	300,63	374,12	77,79	149,00	226,79
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	206,61	257,12		102,47	102,47
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	325,76	405,37		161,40	161,40
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	604,96	752,86	116,57	299,88	416,45
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel - gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	116,34	144,77	7,78	57,58	65,36
1852	Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel -	65,16	81,08	7,78	38,70	46,48
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung <i>Neben der Leistung nach Nummern 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.</i>	111,69	138,99	15,66	55,29	70,95
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	300,63	374,12	77,79	149,00	226,79
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	387,16	481,84	116,57	191,87	308,44
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Fein-einstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle -, je Sitzung	558,45	694,94		597,74	597,74

L. Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden. Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder 3135 zu kürzen. Für die Abgrenzung der Begriffe "klein"/"groß" bzw. "ausgedehnt" bei operativen Eingriffen gilt:

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

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

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	6,53	8,09		3,24	3,24
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht und/oder Gewebekleber Die Leistung ist bei Verwendung von Gewebekleber auch für die Versorgung von Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abzurechnen.	12,10	15,05	5,41	3,90	9,31
	Besondere Kosten bei Verwendung von Gewebekleber: 8,50 Euro					
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	14,89	18,53	5,47	5,93	11,40
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	12,10	15,05		6,89	6,89
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	22,35	27,81	9,40	10,80	20,20
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand von in der Regel 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	31,54	65,64	9,46	9,14	18,60
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	5,88	7,30		3,78	3,78
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	3,71	4,64		1,74	1,74
2008	Wund- oder Fistelspaltung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	8,37	10,43		5,67	5,67
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	9,30	11,60		5,40	5,40
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen. Der tiefsitzende Fremdkörper ist im Operationsbericht oder durch Röntgenbild bzw. Foto zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	29,89	105,86	7,78	10,51	18,29

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang - gegebenenfalls ein-schließlich Spülung -	5,58	6,94		3,10	3,10
2016	Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz -	4,29	5,34		2,03	2,03

I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie

Allgemeine Bestimmungen

Die Vakuumversiegelungstherapie von Wunden darf abgerechnet werden, wenn bei wund- oder patientenspezifischen Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist. Unter Berücksichtigung der Vorstellungspflicht nach § 37 ÄV können die Leistungen nur von D-Ärzten und Handchirurgen nach § 37 ÄV, anderer Ärzte nur nach vorherigem Auftrag durch den UV-Träger abgerechnet werden. Dem Arzt stehen zwei Alternativen für die Abrechnung der Leistung, Gesamtpauschale nach Nr. 2018 oder die Nrn. 2019 und 2020, zur Verfügung. Neben der Nr. 2018 können die Leistungen nach den Nrn. 2019 und 2020 nicht abgerechnet werden. Vakuumversiegelungstherapien, abweichend von den Nrn. 2018, 2019 und 2020, bedürfen weiterhin der Einzelfallgenehmigung durch den Unfallversicherungsträger. Für die Vakuumversiegelungstherapie sind zertifizierte Medizinprodukte zu verwenden.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten	nied. Ärzte
2018	Vakuumversiegelung Bei den Kosten handelt es sich um eine Tagespauschale. Mit der Pauschale sind alle Kosten einschließlich der Miete des Gerätes, aller Behandlungen und Materialkosten abgegolten. Sie kann für jeden Kalendertag der Behandlung mit Ausnahme des letzten Behandlungstages abgerechnet werden.		102,18				
2019	Erstanlage einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung Die Untersuchung, Beratung, Einweisung in Handhabung und Pflege des Systems, die Vorbereitung der Wunde und Anlage der Wundauflage sind Bestandteil der Leistung. Daneben können keine weiteren Leistungen nach den Nrn. 1 - 9, 2000 - 2016, 2018, 2020 und 2065 abgerechnet werden. Neben der Pauschale der besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.	44,01	10,00	13,77	23,77	10,00	
2020	Wechsel einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung Der Wechsel der Wundauflage und des Behälters, die Behandlung an der Wunde sowie die Neuanlage der Wundauflage, die Untersuchung und Beratung sind Bestandteil der Leistung. Daneben können keine weiteren Leistungen nach den Nrn. 1 - 9, 2000 - 2016, 2018, 2019 und 2065 abgerechnet werden. Neben der Pauschale der besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann maximal dreimal in der Kalenderwoche abgerechnet werden.	30,12	10,00	6,88	16,88	10,00	

II. Extremitätenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität	4,66	5,77		1,62	1,62
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie - gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels -	12,10	15,05		7,02	7,02
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	14,91	83,38		8,34	8,34
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	23,27	28,96		9,84	9,84
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	5,30	6,61		3,51	3,51
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	10,61	13,21	5,78	3,90	9,68
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe - auch mit Defektdeckung -	16,74	20,85	5,78	6,61	12,39
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	4,19	5,22		1,74	1,74
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	5,78	17,26	23,04
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	65,16	81,08	5,78	30,62	36,40
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	102,37	127,41	7,78	41,40	49,18
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	134,96	167,94	7,78	46,79	54,57
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	158,22	196,90	11,77	57,98	69,75
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	55,82	69,48	7,78	17,26	25,04
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik	167,54	208,47	15,66	57,98	73,64
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	55,82	69,48	7,78	17,26	25,04
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	7,78	17,26	25,04
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	223,37	277,97	31,11	75,10	106,21
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen- Zeigefingerbildung bei Daumenhypo-plasie	223,37	277,97	38,89	75,10	113,99
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	651,50	810,76	116,57	322,81	439,38
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	744,59	926,58	116,57	369,06	485,63
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	18,14	44,26	4,94	5,38	10,32
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	6,90	8,58		4,32	4,32
2062	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	46,54	57,92	7,35	8,62	15,97
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	11,73	14,60		4,32	4,32

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	23,33	24,26	47,59
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	23,27	28,96		11,73	11,73
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	41,88	52,11		20,77	20,77
2067	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	154,50	192,27	15,03	45,57	60,60
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	154,50	192,27	7,78	45,44	53,22
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	172,20	214,27	22,60	51,52	74,12
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	7,78	15,24	23,02
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht - gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,27	99,98	15,66	23,20	38,86
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	102,37	127,41	15,66	18,48	34,14
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	7,78	24,26	32,04
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	88,41	110,02	7,78	24,26	32,04
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnendurchschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	7,78	15,24	23,02
2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation - gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,66	23,05	38,71
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	153,57	191,10	15,66	45,57	61,23
2083	Freie Sehnentransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	153,57	191,10	23,33	45,57	68,90
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,89	47,14	7,78	15,37	23,15
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,66	23,05	38,71
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	102,37	127,41	15,66	27,38	43,04
2089	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern - gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	167,54	208,47	23,33	57,98	81,31
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung	5,88	7,30		3,78	3,78
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,66	24,26	39,92

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	69,82	86,86	7,78	20,63	28,41
2093	Spülung bei liegender Drainage	4,66	5,77		2,98	2,98

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	25,87	32,20	7,78	6,61	14,39
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	15,66	12,41	28,07
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	103,31	128,58	31,11	23,05	54,16
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk - gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen -	172,20	214,27	46,78	51,52	98,30
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	215,01	267,55	46,78	68,63	115,41
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	43,37	147,70	7,78	10,51	18,29
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	15,66	23,05	38,71
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	69,82	86,86	7,78	18,48	26,26
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	15,66	23,05	38,71
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	23,33	34,39	57,72
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	172,20	214,27	23,33	38,15	61,48
2117	Meniskusoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	23,33	38,15	61,48
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,51	75,28	7,78	19,68	27,46
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	15,66	38,15	53,81
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,51	75,28	7,78	18,48	26,26
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	120,98	150,58	15,66	27,38	43,04
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	51,57	64,18	7,78	16,18	23,96
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	103,31	128,58	15,66	33,58	49,24
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	172,20	214,27	38,89	39,24	78,13

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	206,61	257,12	46,78	60,54	107,32
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende - gegebenenfalls mit Osteosynthese -	257,82	320,82	46,78	75,65	122,43
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,51	75,28	7,78	18,48	26,26
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	120,98	150,58	15,66	27,38	43,04
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks - auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material -	257,82	320,82	38,89	75,65	114,54
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	195,46	243,21	38,89	60,54	99,43
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,66	23,05	38,71
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	130,28	162,16	38,89	27,38	66,27
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	154,50	192,27	38,89	33,18	72,07
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	195,46	243,21	38,89	39,24	78,13
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	93,06	115,82	15,66	33,58	49,24
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	167,54	208,47	15,66	75,65	91,31
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	251,31	312,71	38,89	102,75	141,64
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	452,35	562,91	46,78	205,50	252,28
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	335,05	416,97	54,34	75,65	129,99
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	603,10	750,53	54,34	237,31	291,65
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	167,54	208,47	54,34	75,65	129,99
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	301,56	375,27	54,34	102,75	157,09
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie - auch Pfannendachplastik -	195,46	243,21	62,22	75,65	137,87
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Trans-plantate	257,82	320,82	62,22	102,75	164,97
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	463,51	576,80	62,22	205,50	267,72
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	344,35	428,55	62,22	102,75	164,97
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	619,86	771,39	62,22	237,31	299,53
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	344,35	428,55	62,22	102,75	164,97
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	619,86	771,39	62,22	237,31	299,53
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	13,77	17,13		9,04	9,04
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,51	75,28		18,74	18,74
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	86,00	107,02		34,39	34,39
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	7,78	12,95	20,73
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	86,00	107,02	23,33	30,34	53,67
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	103,31	128,58	31,11	33,58	64,69
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	120,05	149,41	31,11	39,24	70,35

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	137,75	171,42	62,22	42,34	104,56
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	172,20	214,27	77,79	53,27	131,06
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	344,35	428,55	77,79	102,75	180,54
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials - gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation -	558,45	694,94	38,89	237,31	276,20
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	297,83	370,63	62,22	102,75	164,97
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese - einschließlich operativer Versteifung des Gelenks -	297,83	370,63	62,22	102,75	164,97
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließ-lich plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	7,78	10,25	18,03
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti - ein-schließlich plastischer Deckung -	103,31	128,58	15,66	38,15	53,81
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens - einschließlich plastischer Deckung -	86,00	107,02	23,33	30,74	54,07
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich - einschließlich plastischer Deckung -	103,31	128,58	46,78	38,15	84,93
2174	Amputation im Oberschenkelbereich - einschließlich plastischer Deckung -	120,05	149,41	46,78	44,78	91,56
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	21,12	26,29		4,86	4,86
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	35,27	43,88		7,81	7,81
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelerletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	68,88	85,69	7,78	18,48	26,26
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	93,06	115,82	7,78	34,10	41,88
2189	Resezierende arthroskopische Operation eines Gelenkes mit z.B. Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus - gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445. So weit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines Shavereinsatzes sind unter Berücksichtigung einer Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Kosten für selbstauflösende PINS/Fibrinkleber/Osteosynthesematerial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Fixierung von Knorpeldissekaten). Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.</i>	312,52	346,65	136,22	93,44	229,66
2190	Arthroskopische erhaltende Operation in einem Gelenk (z. B. Meniskusnaht, Refixation) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445. So weit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines Shavereinsatzes sind unter Berücksichtigung einer Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Kosten für selbstauflösende PINS/Fibrinkleber/Osteosynthesematerial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Fixierung von Knorpeldissekaten). Die Kosten für zusätzliches Spezialnahtmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Meniskusnaht, -refixation, Bandnaht, -raffung). Die Kosten für Osteosynthesematerial oder spezielles Fadenmaterial und Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z. B. Anker o. Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Nachweis durch eindeutige Darstellung in Bilddokumentation über die Anzahl der verwendeten Anker ist Grundvoraussetzung für die Kostenerstattung. Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.</i>	340,45	381,39	150,72	112,05	262,77

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445. So weit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines Shavereinsatzes sind unter Berücksichtigung einer Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Kosten für selbstauflösende PINS/Fibrinkleber/Osteosynthesematerial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Fixierung von Knorpeldissekaten). Die Kosten für zusätzliches Spezialnahtmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Meniskusnaht, -refixation, Bandnaht, -raffung). Die Kosten für Osteosynthesematerial oder spezielles Fadenmaterial und Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z. B. Anker o. Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Nachweis durch eindeutige Darstellung in Bilddokumentation über die Anzahl der verwendeten Anker ist Grundvoraussetzung für die Kostenerstattung. Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.</i>	359,05	404,55	150,72	124,46	275,18
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bandes in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung	46,54	57,92		31,02	31,02
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem großen Gelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445. So weit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines Shavereinsatzes sind unter Berücksichtigung einer Wiederverwendbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Kosten für selbstauflösende PINS/Fibrinkleber/Osteosynthesematerial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Fixierung von Knorpeldissekaten). Die Kosten für zusätzliches Spezialnahtmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar (bei Meniskusnaht, -refixation, Bandnaht, -raffung). Die Kosten für Osteosynthesematerial oder spezielles Fadenmaterial und Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar. Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.</i>	340,45	381,39	150,72	112,05	262,77
2195	Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 -	27,92	34,75		18,74	18,74
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	23,27	28,96		15,66	15,66

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung. Dies gilt nicht für die „Besonderen Kosten“ für Verbände.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	68,77	85,61		18,48	18,48
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	103,31	128,58		36,54	36,54
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	8,66	10,78		2,14	2,14
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	13,01	16,21		3,78	3,78
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	13,77	17,13		3,90	3,90
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks	20,49	25,49		7,81	7,81
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	34,44	42,85		13,64	13,64
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	55,82	69,48	7,78	22,52	30,30
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	25,87	32,20		7,81	7,81
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	39,10	48,66		15,24	15,24

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	11,77	36,54	48,31
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	34,44	42,85		12,41	12,41
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	50,25	62,54		15,24	15,24
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	172,20	214,27	15,66	41,40	57,06
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	34,44	42,85		7,70	7,70
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks	50,25	62,54		15,24	15,24
2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	172,20	214,27	38,89	41,40	80,29
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	209,39	260,60	54,34	45,57	99,91
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	10,33	12,85		7,81	7,81
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	15,81	19,68		12,41	12,41
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	37,22	46,34	23,33	12,41	35,74
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	74,47	92,66	23,33	21,86	45,19
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	93,06	115,82	23,33	36,54	59,87
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaig-nac) oder der Luxation eines Sternoklavikular-gelenks	11,16	13,89		7,41	7,41
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	83,77	104,23	15,66	30,74	46,40
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	68,77	85,61		15,24	15,24
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	103,31	128,58		30,34	30,34
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	51,20	63,70		15,24	15,24
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	44,03	54,80		10,80	10,80
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	154,50	192,27	38,89	45,57	84,46
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation - einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	172,20	214,27	38,89	41,40	80,29
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne - einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	257,82	320,82	54,34	102,75	157,09
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 - einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben -	300,63	374,12	62,22	102,75	164,97
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	137,75	171,42	38,89	42,34	81,23
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik - auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie -	257,82	320,82	46,78	102,75	149,53
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	418,83	521,20	62,22	122,17	184,39

V. Knochenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	7,78	21,45	29,23
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteo-synthese	120,05	149,41	23,33	34,39	57,72
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	172,20	214,27	23,33	46,23	69,56
2253	Knochenspanentnahme <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,23	74,95	7,78	23,05	30,83
2254	Implantation von Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	16,86	24,64
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	137,75	171,42	15,66	38,15	53,81
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	7,78	19,15	26,93
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	74,47	92,66	15,66	24,26	39,92
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	111,69	138,99	15,66	34,39	50,05
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	139,61	173,74	7,78	38,15	45,93
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	15,66	46,23	61,89
2263	Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	154,50	192,27	31,11	59,19	90,30
2265	Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) -	257,82	320,82	54,34	81,71	136,05
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	172,20	214,27	54,34	46,23	100,57
2267	Knochenzerbrechung	43,11	53,64		7,81	7,81
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	167,54	208,47	15,66	46,23	61,89
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	167,54	208,47	23,33	46,23	69,56
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	7,78	30,34	38,12
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -	172,20	214,27	23,33	46,23	69,56
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	215,01	267,55	38,89	68,63	107,52
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	257,82	320,82	46,78	75,65	122,43
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	52,79	65,67		9,30	9,30
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	325,76	405,37	54,34	89,13	143,47
2279	Chemonukleolyse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	55,82	69,48		14,16	14,16
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	105,63	131,45		30,34	30,34
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	130,28	162,16	38,89	36,13	75,02

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfall mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzel-lösung, Prolapsabtragung und Bandscheiben-ausräumung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	38,89	38,15	77,04
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfall in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	172,20	214,27	38,89	46,23	85,12
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochenspaneinpfanzung, Einpfanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	51,57	64,18	7,78	9,30	17,08
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpfanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung -	137,75	171,42	23,33	38,15	61,48
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material -	232,67	289,56	38,89	75,65	114,54
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	344,35	428,55	46,78	91,30	138,08
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	51,20	63,70	7,78	9,30	17,08
2289	Neueinpfanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung -	372,29	463,30	46,78	108,96	155,74
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/-oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpfanzung -	257,82	320,82	46,78	102,75	149,53
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	85,63	106,56	15,66	24,26	39,92
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	103,31	128,58	31,11	42,34	73,45
2293	Operation einer Steißbeinfistel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	7,78	12,41	20,19
2294	Steißbeinresektion	51,57	64,18	15,66	16,86	32,52
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,11	53,64	7,78	21,45	29,23
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpfanzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	11,77	30,34	42,11
2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	109,84	136,66	15,66	81,71	97,37

VI. Frakturbehandlung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	17,59	21,89		7,41	7,41
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	21,12	26,29		9,04	9,04
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	70,45	87,68		18,48	18,48

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	70,45	87,68		21,45	21,45
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	14,15	17,60		5,52	5,52
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins - einschließlich Nagelung und/oder Drahtung -	52,79	65,67	23,33	16,86	40,19
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	21,12	26,29		6,61	6,61
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	44,03	54,80		7,81	7,81
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	31,74	39,50		6,61	6,61
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	44,03	54,80		10,25	10,25
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	70,45	87,68		12,41	12,41
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	21,12	26,29		4,86	4,86
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisieren-den Maßnahmen	232,67	289,56	38,89	75,65	114,54
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	344,35	428,55	46,78	91,30	138,08
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	260,60	324,31	38,89	129,04	167,93
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	44,03	54,80		5,52	5,52
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial -	60,51	75,28	23,33	9,30	32,63
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	7,08	8,80		3,51	3,51
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittel-gliedern der Fingerknochen	14,15	17,60		6,61	6,61
2338 a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -	17,22	21,42	7,78	3,90	11,68
2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen oder des knöchernen Strecksehnenaurisses am Endglied der Finger mit Osteosynthese <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,88	216,94	7,78	25,59	33,37
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches	51,57	64,18	15,66	12,41	28,07
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teil-exstirpation	103,31	128,58	23,33	28,18	51,51
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	86,00	107,02	31,11	25,08	56,19
2346	Beck'sche Bohrung	25,87	32,20	5,47	7,81	13,28
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	29,18	216,82	11,77	6,63	18,40
2348	Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	43,78	216,82	11,77	14,28	26,05
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebroche-nen großen Röhrenknochens <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	31,11	28,18	59,29
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	154,50	192,27	31,11	59,19	90,30
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	137,75	171,42	31,11	51,52	82,63

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	206,61	257,12	31,11	81,71	112,82
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhren-knochen - auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	29,18	58,46	7,78	3,32	11,10
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen . Anmerkung: Die Stellschraubenentfernung ist nach Nr. 2353 zu berechnen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	86,00	107,02	23,33	25,61	48,94
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	23,33	27,38	50,71
2356	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner - auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	31,11	42,87	73,98
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	257,82	320,82	54,34	75,65	129,99
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	195,46	243,21	38,89	75,65	114,54

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,85	35,91	5,47	8,62	14,09
2381	Einfache Hautlappenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	82,29	102,86	5,47	7,31	12,78
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	82,29	102,86	15,66	14,28	29,94
2383	Vollhauttransplantation - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	93,06	115,82	15,66	36,54	52,20
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	11,77	16,86	28,63
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99	15,66	36,54	52,20
2386	Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	64,02	79,69	7,78	16,86	24,64
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	123,78	154,04	15,66	36,54	52,20
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	139,61	173,74	15,66	44,09	59,75

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2392	Anlage eines Rundstiellappens	83,77	104,23	7,78	25,08	32,86
2392 a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	93,06	115,82	23,33	36,54	59,87
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	16,86	24,64
2394	Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	204,76	254,81	15,66	81,71	97,37
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	232,67	289,56	23,33	81,71	105,04
2396	Implantation eines Hautexpanders <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	83,77	104,23	15,66	41,66	57,32
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	55,82	69,48	15,66	27,63	43,29
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	10,33	12,85	5,47	3,51	8,98
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	12,38	15,39	5,47	4,86	10,33
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	7,78	12,41	20,19
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen. Exzisionen von kleinen histologisch gesicherten malignen Tumoren am Kopf und an den Händen, die mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder mit Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie einhergehen und gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden, fallen unter die UV-GOÄ 2404. Punktionen, Kürettagen der Haut und Shave-Exzisionen ohne Wundverschluss mittels Naht fallen nicht unter diese Definition. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	10,49	13,05	5,47	4,11	9,58
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	82,89	103,62	7,78	10,51	18,29
2405	Entfernung eines Schleimbeutels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	29,18	86,69	7,78	10,51	18,29
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst - gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	215,01	267,55	38,89	67,94	106,83
2408	Ausräumung des Lymphstromgebietes einer Axilla	102,37	127,41	23,33	35,21	58,54
2410	Operation eines Mammatumors <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,77	85,61	7,78	12,95	20,73
2411	Absetzen einer Brustdrüse	86,00	107,02	23,33	12,95	36,28
2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	130,28	162,16	31,11	44,09	75,20
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	215,01	267,55	31,11	67,94	99,05
2414	Reduktionsplastik der Mamma	260,60	324,31	31,11	87,24	118,35
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	186,15	231,63	31,11	72,68	103,79

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	279,22	347,49	31,11	87,24	118,35
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	74,47	92,66	15,66	24,26	39,92
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	74,47	92,66	15,66	24,26	39,92
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99	15,66	36,54	52,20
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	102,37	127,41	15,66	36,54	52,20
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	55,82	69,48	7,78	27,63	35,41
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entla- stungsinzision(en) - auch mit Drainage(n) -	37,22	46,34	5,47	13,22	18,69
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	7,44	9,27		3,51	3,51
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	20,49	25,49		8,76	8,76
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,19	35,09		11,19	11,19
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	35,27	43,88		12,41	12,41
2432	Eröffnung einer Phlegmone	44,03	54,80		12,41	12,41
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	74,47	92,66	7,78	24,26	32,04
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,22	46,34	7,78	13,22	21,00
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	83,77	104,23	15,66	30,34	46,00
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	74,47	92,66	15,66	24,26	39,92
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	27,92	34,75	5,47	10,25	15,72
2450	Operation des Rhinophyms	55,82	69,48	7,78	23,74	31,52
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie -	232,67	289,56	23,33	75,65	98,98
2452	Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes -	130,28	162,16	23,33	44,09	67,42
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	186,15	231,63	31,11	72,68	103,79
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	86,00	107,02	15,66	12,95	28,61

VIII. Neurochirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	172,20	214,27	22,60	72,68	95,28
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels - einschließlich Reimplantation von Knochenstücken -	288,54	359,05	22,60	87,24	109,84
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	255,95	318,51	15,03	75,65	90,68

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Häma-tom	488,63	608,07	15,03	218,31	233,34
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik	418,83	521,20	22,60	205,50	228,10
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	279,22	347,49	15,03	87,24	102,27
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	349,03	434,34	15,03	90,21	105,24
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) - gegebe-nenfalls einschließlich Drainage -	167,54	208,47	15,03	72,68	87,71
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	418,83	521,20	22,60	205,50	228,10
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	349,03	434,34	22,60	91,30	113,90
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	372,29	463,30	15,03	158,15	173,18
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	93,06	115,82	15,03	42,34	57,37
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	139,61	173,74	15,03	51,90	66,93
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn - einschließlich Wiedereinpas-sung des Knochendeckels -	209,39	260,60	22,60	81,71	104,31
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	251,31	312,71	22,60	81,71	104,31
2519	Trepanation bei Kraniostenose	209,39	260,60	15,03	81,71	96,74
2525	Operation der prämaturen Schädelnahtsynostose (Kraniostenose) mit Einfassung der Knochen-ränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	372,29	463,30	15,03	158,15	173,18
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	349,03	434,34	22,60	158,15	180,75
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion	488,63	608,07	22,60	218,31	240,91
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypo-physentumor) oder eines Schädelbasistumors	698,03	868,67	22,60	157,36	179,96
2529	Operation einer intrakranialen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	744,59	926,58	22,60	157,36	179,96
2530	Intrakraniale Embolektomie	698,03	868,67	22,60	157,36	179,96
2531	Intrakraniale Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	698,03	868,67	22,60	157,36	179,96
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	558,45	694,94	22,60	237,31	259,91
2536	Resektion eines Gehirnlappens	418,83	521,20	22,60	205,50	228,10
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	581,71	723,90	22,60	237,31	259,91
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	349,03	434,34	15,03	158,15	173,18
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	581,71	723,90	22,60	237,31	259,91
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	418,83	521,20	22,60	205,50	228,10
2541	Ventrikulozisternostomie	418,83	521,20	22,60	205,50	228,10
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	167,54	208,47	15,03	72,68	87,71
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	465,36	579,12	45,30	205,50	250,80
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	698,03	868,67	45,30	267,52	312,82
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	581,71	723,90	45,30	237,31	282,61
2553	Intrakraniale Operation einer basalen Liquoristel mit plastischem Verschluß	558,45	694,94	45,30	237,31	282,61
2554	Plastischer Verschluß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Lei-stung	167,54	208,47	15,03	72,68	87,71
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	137,75	171,42	38,89	38,15	77,04

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	172,20	214,27	38,89	46,23	85,12
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -	223,37	277,97	46,78	55,42	102,20
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	349,03	434,34	30,27	158,15	188,42
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation	429,99	535,10	30,27	205,50	235,77
2562	Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 - gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern -	209,39	260,60		41,80	41,80
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	215,01	267,55	22,60	81,71	104,31
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	446,76	555,95	22,60	205,50	228,10
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	381,60	474,88	22,60	158,15	180,75
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich - gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	279,22	347,49	22,60	98,71	121,31
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes -	418,83	521,20	15,03	205,50	220,53
2570 a	Nervenstimulator-Aggregatwechsel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	15,03	32,76	47,79
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	246,63	306,93	15,03	75,65	90,68
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszioplastik	300,63	374,12	22,60	98,71	121,31
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	46,54	57,92	15,03	12,27	27,30
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	255,95	318,51	30,27	83,08	113,35
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	325,76	405,37	30,27	89,13	119,40
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	418,83	521,20	30,27	205,50	235,77
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	372,29	463,30	30,27	158,15	188,42
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	7,67	14,02	21,69
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes	86,00	107,02	15,03	30,34	45,37
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	167,54	208,47	22,60	72,68	95,28
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,03	30,34	45,37

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	22,60	44,09	66,69
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/ Armbereich	241,98	301,15	15,03	81,71	96,74
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließ-lich Wundversorgung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	125,64	156,36	15,03	38,42	53,45
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	15,03	72,68	87,71
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	195,46	243,21	15,03	75,65	90,68
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	223,37	277,97	22,60	81,71	104,31
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemi-laminektomie -	279,22	347,49	22,60	98,71	121,31
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation des-selben mit autologen Transplantaten und peri-neuraler mikrochirurgischer Naht	558,45	694,94	30,27	237,31	267,58
2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse,als selbständige Leistung	167,54	208,47	15,03	73,09	88,12
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selb-ständige Leistung	257,82	320,82	22,60	83,08	105,68
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	279,22	347,49	15,03	98,71	113,74
2595	Nervenpfropfung	148,94	185,33	15,03	44,09	59,12
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	223,37	277,97	22,60	81,71	104,31
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	65,16	81,08	7,67	23,05	30,72
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	130,28	162,16	7,67	44,09	51,76
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	20,93	26,07	7,67	8,62	16,29
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	139,61	173,74	15,03	51,90	66,93
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	93,06	115,82	15,03	30,34	45,37
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	279,22	347,49	15,03	98,71	113,74
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2620	Operation der isolierten Lippenspalte	69,82	86,86	15,66	34,52	50,18
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	139,61	173,74	75,46	69,16	144,62
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteo-tomien und Osteoplastiken -	837,66	1042,4 2	77,79	415,18	492,97
2625	Verschluß des weichen oder harten Gaumens oder Verschluß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	116,34	144,77	23,33	57,58	80,91

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2626	Velopharyngoplastik	232,67	289,56	7,78	115,29	123,07
2627	Verschuß des harten und weichen Gaumens	186,15	231,63	31,11	92,36	123,47
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteo-plastik -	558,45	694,94	46,78	276,82	323,60
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	111,69	138,99	15,66	55,29	70,95
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	172,20	214,27	15,66	85,36	101,02
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstruk-turen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,88	85,69	7,78	34,10	41,88
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,20	63,70	7,78	25,35	33,13
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	88,41	110,02	7,78	43,96	51,74
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenre-sektion <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	57,72	71,82	7,78	28,71	36,49
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	70,74	88,02	7,78	35,05	42,83
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenre-sektion	46,54	57,92	7,78	23,05	30,83
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Frei-legung und Abbinden oder Umstechung des Ge-fäßes oder durch Knochenbolzung, als selbstän-dige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,22	46,34	7,78	18,48	26,26
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	46,54	57,92	11,77	23,05	34,82
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,92	34,75	11,77	13,88	25,65
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	79,11	98,46	11,77	39,24	51,01
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	204,76	254,81	11,77	101,53	113,30
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Lei-stung	65,16	81,08	11,77	32,38	44,15
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	9,30	11,60		4,72	4,72
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	37,22	46,34		18,48	18,48
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	130,28	162,16	11,77	64,45	76,22
2685	Reposition eines Zahnes	18,60	23,16	5,47	9,17	14,64
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	27,92	34,75	7,78	13,88	21,66

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	120,98	150,58		60,01	60,01
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	69,82	86,86	7,78	34,52	42,30
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	93,06	115,82	15,66	46,13	61,79
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	335,05	416,97	23,33	165,99	189,32
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbe- reich - gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	139,61	173,74	15,66	69,16	84,82
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	111,69	138,99	7,78	55,29	63,07
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	41,88	52,11	7,78	20,77	28,55
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	251,31	312,71	7,78	124,58	132,36
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	46,54	57,92	5,47	23,05	28,52
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbe- reich, als selbständige Leistung	32,58	40,51		16,18	16,18
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	139,61	173,74		69,16	69,16
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	204,76	254,81		101,53	101,53
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	32,58	40,51		16,18	16,18
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammen- hang mit plastischen Operationen oder zur Ver- hütung oder Behandlung von Narbenkontraktu- ren - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	167,54	208,47		83,08	83,08
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfer- nung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer	27,92	34,75		13,88	13,88
2705	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	158,22	196,90	7,78	78,35	86,13
2706	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese	120,98	150,58	11,77	60,01	71,78
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	102,37	127,41	11,77	50,70	62,47
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	69,82	86,86	7,78	34,52	42,30
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	279,22	347,49	38,89	138,33	177,22
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebene- nfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	186,15	231,63	15,66	92,36	108,02
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebene- nfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	465,36	579,12	38,89	230,71	269,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	74,47	92,66	11,77	36,94	48,71
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	46,54	57,92	11,77	23,05	34,82
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	186,15	231,63	15,66	92,36	108,02

X. Halsschirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	103,31	128,58	15,03	45,57	60,60
2751	Tracheotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,57	64,18	15,03	11,86	26,89
2752	Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste - gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins -	125,64	156,36	22,60	38,42	61,02
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	154,50	192,27	22,60	45,57	68,17
2754	Operation einer Kiemengangfistel	154,50	192,27	22,60	38,15	60,75
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	172,20	214,27	22,60	48,40	71,00
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	204,76	254,81	22,60	63,51	86,11
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst - einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenenfalls der Nachbarorgane -	344,35	428,55	30,27	84,68	114,95
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung	111,69	138,99	22,60	38,42	61,02

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2800	Venaesectio <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	25,58	31,86	7,67	9,72	17,39
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	51,27	117,50	7,67	14,17	21,84
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	206,61	257,12	22,60	63,51	86,11
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	23,54	29,31		9,72	9,72
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	32,58	40,51		11,86	11,86
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	68,77	85,61	15,03	21,45	36,48
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	37,22	46,34	15,03	11,86	26,89
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen - einschließlich Wundver-sorgung -	68,88	85,69	15,66	21,45	37,11
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumor-chirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) - gegebenenfalls ein-schließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel -	465,36	579,12	116,57	230,71	347,28

2. Arterienchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	292,24	363,69	15,03	98,71	113,74
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	390,89	486,47	15,03	158,96	173,99
2822	Rekonstruktive Operation einer Armarterie	214,07	266,38	15,03	63,66	78,69
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	15,03	45,57	60,60
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschuß	279,22	347,49	45,30	87,24	132,54
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	604,96	752,86	45,30	237,31	282,61
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	604,96	752,86	45,30	237,31	282,61
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	698,03	868,67	45,30	267,52	312,82
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	279,22	347,49	22,60	87,24	109,84
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	483,98	602,28	30,27	218,31	248,58
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschuß	418,83	521,20	45,30	205,50	250,80
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	465,36	579,12	45,30	218,31	263,61
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	465,36	579,12	45,30	218,31	263,61
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	400,19	498,07	45,30	205,50	250,80
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	279,22	347,49	45,30	87,24	132,54
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels - auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung -	279,22	347,49	22,60	87,24	109,84
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	186,15	231,63	22,60	75,65	98,25
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	344,35	428,55	15,03	158,15	173,18
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	344,35	428,55	15,03	158,15	173,18
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	511,89	637,03	22,60	218,31	240,91

3. Venenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2880	Inzision eines Varixknotens	13,77	17,13		9,72	9,72
2881	Varizenexhairese, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	172,20	214,27	15,03	63,51	78,54
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99	15,66	37,48	53,14
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	257,82	320,82	15,03	75,65	90,68
2887	Thrombektomie	186,15	231,63	15,03	63,51	78,54
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts	292,24	363,69	15,03	98,71	113,74
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts	344,35	428,55	15,03	158,15	173,18
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	32,58	40,51	7,78	11,86	19,64
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenvenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - ge-gebenenfalls einschließlich Anlegen einer tem-porären arteriovenösen Fistel -	279,22	347,49	54,34	87,24	141,58
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	195,46	243,21	15,03	63,51	78,54
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	111,69	138,99	15,03	37,48	52,51
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	139,61	173,74	15,03	51,90	66,93
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	206,61	257,12	15,03	63,51	78,54
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion	292,24	363,69	30,27	98,71	128,98
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	344,35	428,55	45,30	105,72	151,02
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisierung	429,99	535,10	45,30	205,50	250,80

4. Sympathikuschirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2920	Thorakale Sympathektomie	186,15	231,63	15,03	75,65	90,68
2921	Lumbale Sympathektomie	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93

XII. Thoraxchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	68,77	85,61	15,03	23,05	38,08
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
2953	Thorakoplastik	292,24	363,69	22,60	98,71	121,31
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung - auch Jalousieplastik -	429,99	535,10	22,60	205,50	228,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	465,36	579,12	30,27	218,85	249,12
2956	Brustwandteilresektion	195,46	243,21	22,60	75,65	98,25
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	279,22	347,49	22,60	87,24	109,84
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	474,67	590,70	22,60	218,85	241,45
2960	Operation einer Brustkorbbdeformität (z. B. Trichterbrust)	279,22	347,49	22,60	87,24	109,84
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülau'sche Heberdrainage)	51,57	64,18	7,67	16,86	24,53
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage - gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln -	13,77	17,13		8,08	8,08
2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	61,98	77,15	15,03	26,02	41,05
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	206,61	257,12	22,60	75,65	98,25
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	292,24	363,69	45,30	98,71	144,01
2975	Dekortikation der Lunge	446,76	555,95	45,30	205,50	250,80
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	186,15	231,63	22,60	75,65	98,25
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	68,77	85,61	15,03	24,26	39,29
2979	Operative Entfernung eines Pleuraempyems - gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en) -	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	206,61	257,12	22,60	75,65	98,25
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung	120,05	149,41	15,03	38,42	53,45
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen	137,75	171,42	15,03	51,90	66,93
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)	257,82	320,82	22,60	75,65	98,25
2995	Lob- oder Pneumonektomie	292,24	363,69	45,30	113,26	158,56
2996	Lungensegmentresektion(en)	372,29	463,30	45,30	158,15	203,45
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	474,67	590,70	45,30	218,85	264,15
2998	Bilobektomie	446,76	555,95	45,30	205,50	250,80
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	521,20	648,59	45,30	237,31	282,61
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	257,82	320,82	22,60	75,65	98,25
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	539,81	671,77	45,30	237,31	282,61
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	446,76	555,95	45,30	205,50	250,80
3010	Sternotomie, als selbständige Leistung	103,31	128,58	15,03	37,48	52,51
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	372,29	463,30	30,27	158,15	188,42
3012	Drainage des Mediastinums	51,57	64,18	7,67	16,72	24,39
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	372,29	463,30	45,30	158,15	203,45

XIII. Herzchirurgie

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	172,20	214,27	22,60	72,68	95,28
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	120,05	149,41		38,42	38,42
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	103,31	128,58		32,76	32,76
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	103,31	128,58		32,76	32,76
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	172,20	214,27	15,03	72,68	87,71
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde <i>Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.</i>	51,57	64,18		16,86	16,86
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	51,57	64,18		16,86	16,86
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	186,15	231,63	22,60	75,65	98,25
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	292,24	363,69	30,27	98,71	128,98
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	137,75	171,42	22,60	51,90	74,50
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	292,24	363,69	22,60	98,71	121,31
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3071	Naht einer Myokardverletzung	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3072	Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3073	Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) - auch Kor- rektur einer isolierten Lungenvenenfehlmündung -	372,29	463,30	37,73	158,15	195,88
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlmündung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	604,96	752,86	45,30	237,31	282,61
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß - auch Thromb- oder Embolektomie -	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herz-divertikels	446,76	555,95	45,30	205,50	250,80
3077	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3078	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	372,29	463,30	37,73	158,15	195,88
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	279,22	347,49	37,73	87,24	124,97
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	307,13	382,21	7,57	158,15	165,72
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	292,24	363,69	37,73	98,71	136,44
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	521,20	648,59	37,73	237,31	275,04
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	698,03	868,67	45,30	267,52	312,82
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	521,20	648,59	45,30	237,31	282,61
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	698,03	868,67	45,30	267,52	312,82
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	372,29	463,30	30,27	158,15	188,42
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen - ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)	418,83	521,20	15,66	207,65	223,31
3095	Schrittmacher-Erstimplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	257,82	320,82	22,60	75,65	98,25
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	15,03	32,76	47,79
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff - auch Implantation von myokardialen Elektroden - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	257,82	320,82	15,03	75,65	90,68

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,92	34,75		11,86	11,86
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	46,54	57,92		11,86	11,86
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	34,89	43,42		11,86	11,86
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	103,31	128,58	30,27	32,64	62,91
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	372,29	463,30	45,30	158,15	203,45
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	465,36	579,12	45,30	205,50	250,80
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	279,22	347,49	45,30	87,24	132,54
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	279,22	347,49	45,30	87,24	132,54
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang	465,36	579,12	45,30	205,50	250,80
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme -	103,31	128,58	22,60	42,34	64,94
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	103,31	128,58	15,03	42,34	57,37
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	103,31	128,58	22,60	42,34	64,94
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	148,94	185,33	37,73	51,90	89,63
3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	257,82	320,82	46,78	98,17	144,95
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes -	176,85	220,06	38,89	65,93	104,82
3145	Teilresektion des Magens	257,82	320,82	45,30	98,17	143,47
3146	Kardiaresektion	372,29	463,30	45,30	158,15	203,45
3147	Totale Magenentfernung	446,76	555,95	45,30	205,50	250,80
3148	Resektion des Ulcus pepticum	372,29	463,30	45,30	158,15	203,45
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	488,63	608,07	45,30	218,85	264,15
3150	Gastrotomie	148,94	185,33	22,60	51,90	74,50
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	251,31	312,71	45,30	75,65	120,95
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	176,85	220,06	22,60	65,93	88,53
3153	Pyloroplastik	279,22	347,49	15,03	87,24	102,27
3154	Vagotomie am Magen	279,22	347,49	15,03	87,24	102,27
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik)	418,83	521,20	15,03	205,50	220,53
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	41,88	52,11		11,86	11,86
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	429,99	535,10	45,30	205,50	250,80
3158	Gastroenterostomie	206,61	257,12	45,30	75,65	120,95
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	372,29	463,30	30,27	158,15	188,42
3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	279,22	347,49	22,60	87,24	109,84
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet - auch mit Teilresektion -	206,61	257,12	22,60	78,47	101,07
3168	Jejuno-Zökostomie	241,98	301,15	22,60	78,47	101,07
3169	Teilresektion des Kolons - auch mit Anastomose -	349,03	434,34	22,60	158,15	180,75
3170	Kolektomie, auch subtotal - mit Ileostomie -	488,63	608,07	22,60	218,85	241,45

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination	232,67	289,56	22,60	81,71	104,31
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	148,94	185,33	22,60	44,09	66,69
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	137,75	171,42	22,60	51,90	74,50
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	251,31	312,71	22,60	78,75	101,35
3175	Operation des Mekoniumileus	251,31	312,71	22,60	78,75	101,35
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	325,76	405,37	22,60	98,71	121,31
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	465,36	579,12	22,60	205,63	228,23
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	372,29	463,30	22,60	158,15	180,75
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm - gegebenenfalls einschließ-lich vom Dickdarm - mit Anastomose	325,76	405,37	45,30	96,02	141,32
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	604,96	752,86	45,30	237,31	282,61
3184	Lebertransplantation	698,03	868,67	116,57	345,87	462,44
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	279,22	347,49	45,30	87,24	132,54
3186	Exstirpation der Gallenblase	232,67	289,56	45,30	81,71	127,01
3187	Operation an den Gallengängen - gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase	302,50	376,44	45,30	96,02	141,32
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	390,89	486,47	45,30	158,15	203,45
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	372,29	463,30	45,30	158,15	203,45
3190	Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums	251,31	312,71	22,60	75,65	98,25
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	186,15	231,63	22,60	88,47	111,07
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmab-schnittes	344,35	428,55	45,30	96,02	141,32
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	429,99	535,10	45,30	205,63	250,93
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	206,61	257,12	45,30	98,17	143,47
3197	Resektion des ganzen Pankreas	429,99	535,10	45,30	205,63	250,93
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	465,36	579,12	45,30	205,63	250,93
3199	Milzexstirpation	206,61	257,12	22,60	98,17	120,77
3200	Appendektomie	137,75	171,42	22,60	42,34	64,94
3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt - gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose -	279,22	347,49	77,79	138,33	216,12
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. DuodenumDünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	209,39	260,60	15,03	98,17	113,20
3206	Enterostomie - auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) -	209,39	260,60	22,60	98,17	120,77
3207	Anlegen eines Anus praeter	137,75	171,42	22,60	42,34	64,94
3208	Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	116,34	144,77	22,60	38,42	61,02
3209	Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	162,87	202,70	22,60	47,19	69,79
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	186,15	231,63	22,60	75,65	98,25
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	11,16	13,89		1,74	1,74
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	13,97	17,36		5,52	5,52
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	111,69	138,99	15,03	38,42	53,45

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugoperation	349,03	434,34	22,60	158,15	180,75
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	251,31	312,71	22,60	75,65	98,25
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmisses	25,87	32,20	7,67	10,25	17,92
3220	Operation submuköser Mastdarmpfisteln <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,92	34,75	7,67	12,95	20,62
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmpfisteln	34,44	42,85	7,67	12,95	20,62
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmpfistel - auch ihres verzweigten Gangsystems -	65,16	81,08	15,03	25,49	40,52
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel - auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems -	79,11	98,46	15,03	27,10	42,13
3224	Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht -	107,03	133,21	15,66	41,40	57,06
3226	Perianale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) - einschließlich Naht -	325,76	405,37	23,33	98,71	122,04
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	11,16	13,89		3,64	3,64
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	107,03	133,21	15,03	41,40	56,43
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	206,61	257,12	22,60	75,65	98,25
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus - auch mit Kreuzbeinschnitt -	260,60	324,31	22,60	75,65	98,25
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Megacolon congenitum) - auch mit Kolostomie -	325,76	405,37	22,60	98,71	121,31
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	465,36	579,12	22,60	205,63	228,23
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	10,33	12,85		3,64	3,64
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,44	42,85	7,67	12,95	20,62
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	17,22	21,42		5,78	5,78
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels <i>Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.</i>	167,54	208,47	22,60	45,57	68,17
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	51,57	64,18	7,67	16,86	24,53
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan/Morgan) - auch mit Analplastik - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,00	107,02	15,03	24,26	39,29

XV. Hernienchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3280	Operation einer Diaphragmahernie	257,82	320,82	46,78	98,17	144,95
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	209,39	260,60	46,78	98,17	144,95
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	20,66	25,74		8,76	8,76
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	103,31	128,58	23,33	29,12	52,45
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik - auch mit Darmresektion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	232,67	289,56	46,78	98,17	144,95
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	120,05	149,41	31,11	31,81	62,92
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches - gegebenenfalls mit Darm-resektion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	186,15	231,63	46,78	75,65	122,43

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	232,67	289,56	15,66	98,17	113,83
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	209,39	260,60	31,11	98,17	129,28

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3300	Arthroskopie - gegebenenfalls mit Probeexzision - als diagnostische Maßnahme <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	46,54	57,92	154,83	31,15	185,98
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	44,03	54,80		7,70	7,70
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	21,12	26,29		4,86	4,86
3305	Chirotherapeutische Mobilisation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung, je Sitzung Die Behandlung kann nur von D-Ärzten oder von diesen hinzugezogenen Ärzten erfolgen, die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen.	13,77	17,13		3,51	3,51
3306	Chirotherapeutische Manipulation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung Die Behandlung kann nur von D-Ärzten oder von diesen hinzugezogenen Ärzten erfolgen, die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen.	13,77	17,13		3,51	3,51
	Die Gelenke der Hand oder des Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk. Die Wirbelsäule ist als ein Abschnitt zu sehen. Die Leistung ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelnden Gelenke sind in der Rechnung anzugeben.					
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	7,08	8,80	3,89	3,10	6,99
3311	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm einschließlich Hand oder für einen Unterschenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Unterschenkelstumpf	14,15	17,60	9,46	6,61	16,07
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	17,59	21,89	21,65	7,81	29,46

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	28,19	35,09	24,18	7,81	31,99
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	35,27	43,88	28,70	9,30	38,00
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	44,03	54,80	42,78	9,30	52,08
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	70,45	87,68	42,78	9,30	52,08
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	88,04	109,56	56,97	15,24	72,21
3318	Abnahme orthopädische Schuhe. Die Abnahme ist mit der Rechnungslegung zu dokumentieren.	37,78	37,78			
3319	Abnahme Prothesen. Die Abnahme ist mit der Rechnungslegung zu dokumentieren.	37,78	37,78			
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels <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>	8,84	10,99		2,56	2,56
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunst-glied)	14,15	17,60		3,51	3,51

M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des unterKapitels M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds. Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten - mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten - auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden. Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.
2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der unterKapitele M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden. Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Die in unterKapitel M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde. Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein. Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.
7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermio- gramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den unterKapiteln M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens "A" als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt: Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination); Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen; Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern; Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten. Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung "- gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -" ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung "- einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -" ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung <i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>	7,10	7,10		3,19	3,19
3501	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	4,73	4,73		2,06	2,06
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	9,46	9,46		4,23	4,23
3503	Hämatokrit	5,51	5,51		2,52	2,52

Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3504	Erythrozyten	4,73	4,73		2,06	2,06
3505	Leukozyten	4,73	4,73		2,06	2,06
3506	Thrombozyten	4,73	4,73		2,06	2,06
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punkttate, Sekrete, Stuhl)	6,31	6,31		2,86	2,86
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	7,89	7,89		3,55	3,55
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	9,46	9,46		4,23	4,23
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung <i>Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>	3,94	3,94		1,72	1,72

Untersuchung der Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3512	Alpha-Amylase	5,51	5,51		2,52	2,52
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)	5,51	5,51		2,52	2,52
3514	Glukose	5,51	5,51		2,52	2,52
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	5,51	5,51		2,52	2,52
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	5,51	5,51		2,52	2,52
3517	Hämoglobin	5,51	5,51		2,52	2,52
3518	Harnsäure	5,51	5,51		2,52	2,52
3519	Kalium	5,51	5,51		2,52	2,52
3520	Kreatinin	5,51	5,51		2,52	2,52
3521	Lipase	5,51	5,51		2,52	2,52
3523	Antistreptolysin (ASL)	7,89	7,89		3,55	3,55
3524	C-reaktives Protein (CRP)	7,89	7,89		3,55	3,55
3525	Mononukleostest	7,89	7,89		3,55	3,55
3526	Rheumafaktor (RF)	7,89	7,89		3,55	3,55
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	10,25	10,25		4,57	4,57
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	11,83	11,83		5,25	5,25
3530	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	9,46	9,46		4,23	4,23
3531	Urinsediment	5,51	5,51		2,52	2,52
3532	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologi-scher Beurteilung der Erythrozyten -	7,10	7,10		3,19	3,19

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

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

Für die mit .h1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.h zu beachten.

Höchstwerte

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3541 .H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	37,86	37,86		16,80	16,80

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3550	Blutbild und Blutbildbestandteile <i>Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden: Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/ oder Thrombozytenzahl.</i>	4,73	4,73		2,06	2,06
3551	Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	1,58	1,58		0,69	0,69
3552	Retikulozytenzahl	5,51	5,51		2,52	2,52

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3555	Calcium	3,15	3,15		1,37	1,37
3556	Chlorid	2,36	2,36		1,03	1,03
3557	Kalium	2,36	2,36		1,03	1,03
3558	Natrium	2,36	2,36		1,03	1,03

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

Für die mit .h1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.h zu beachten.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3560	Glukose	3,15	3,15		1,37	1,37
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	15,77	15,77		6,97	6,97
3562 .H1	Cholesterin	3,15	3,15		1,37	1,37
3563 .H1	HDL-Cholesterin	3,15	3,15		1,37	1,37
3564 .H1	LDL-Cholesterin	3,15	3,15		1,37	1,37
3565 .H1	Triglyzeride	3,15	3,15		1,37	1,37

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3570 .H1	Albumin, photometrisch	2,36	2,36		1,03	1,03
3571	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	11,83	11,83		5,25	5,25
3572	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	19,71	19,71		8,80	8,80
3573 .H1	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	2,36	2,36		1,03	1,03
3574	Proteinelektrophorese im Serum	15,77	15,77		6,97	6,97
3575	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	7,89	7,89		3,55	3,55

5. Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3580 .H1	Anorganisches Phosphat	3,15	3,15		1,37	1,37
3581 .H1	Bilirubin, gesamt	3,15	3,15		1,37	1,37
3582	Bilirubin, direkt	5,51	5,51		2,52	2,52
3583 .H1	Harnsäure	3,15	3,15		1,37	1,37
3584 .H1	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	3,15	3,15		1,37	1,37
3585 .H1	Kreatinin	3,15	3,15		1,37	1,37
3587 .H1	Alkalische Phosphatase	3,15	3,15		1,37	1,37
3588 .H1	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	3,94	3,94		1,72	1,72
3589 .H1	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	3,15	3,15		1,37	1,37
3590 .H1	Creatinkinase (CK)	3,15	3,15		1,37	1,37
3591 .H1	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode	3,94	3,94		1,72	1,72
3592 .H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)	3,15	3,15		1,37	1,37
3593 .H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	3,94	3,94		1,72	1,72
3594 .H1	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	3,15	3,15		1,37	1,37
3595 .H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	3,15	3,15		1,37	1,37
3596 .H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	3,15	3,15		1,37	1,37
3597 .H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	3,15	3,15		1,37	1,37
3598 .H1	Lipase	3,94	3,94		1,72	1,72
3599	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	5,51	5,51		2,52	2,52

6. Gerinnungssystem

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	3,94	3,94		1,72	1,72
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	5,51	5,51		2,52	2,52
3607	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	3,94	3,94		1,72	1,72

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3610	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	7,89	7,89		3,55	3,55
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	12,61	12,61		5,61	5,61
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	22,09	22,09		9,82	9,82
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	12,61	12,61		5,61	5,61
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	4,73	4,73		2,06	2,06

8. Spurenelemente

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3620	Eisen im Serum oder Plasma	3,15	3,15		1,37	1,37
3621	Magnesium	3,15	3,15		1,37	1,37

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3630 .H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	68,61	68,61		30,51	30,51
3631 .H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	110,40	110,40		49,14	49,14
3633 .H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	43,37	43,37		19,32	19,32

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung <i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>	4,73	4,73		2,06	2,06
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morpholo-gischer Beurteilung der Erythrozyten	5,51	5,51		2,52	2,52
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	2,77	2,77		1,83	1,83
3653	Urinsediment, mikroskopisch	3,94	3,94		1,72	1,72
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	6,31	6,31		2,86	2,86

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	3,15	3,15		1,37	1,37
3661	Gallensediment, mikroskopisch	3,15	3,15		1,37	1,37
3662	HCl, titrimetrisch	5,51	5,51		2,52	2,52
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	12,61	12,61		5,61	5,61
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	9,46	9,46		4,23	4,23
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	11,83	11,83		5,25	5,25
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	5,51	5,51		2,52	2,52
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativ- präparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprü- fung, morphologische Differenzierung nach <i>Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>	31,54	31,54		14,06	14,06
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	4,73	4,73		2,06	2,06
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	4,73	4,73		2,06	2,06
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	12,61	12,61		5,61	5,61
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch - ein- schließlich chemischer Reaktionen	19,71	19,71		8,80	8,80
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	44,95	44,95		20,00	20,00

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	7,10	7,10		3,19	3,19
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	44,95	44,95		20,00	20,00
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	9,46	9,46		4,23	4,23
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leuko-zytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leu-kozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	19,71	19,71		8,80	8,80
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	5,51	5,51		2,52	2,52
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	7,10	7,10		3,19	3,19
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	12,61	12,61		5,61	5,61
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	14,19	14,19		6,29	6,29
3691	Hämoglobinelektrophorese	44,95	44,95		20,00	20,00
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	4,73	4,73		2,06	2,06
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	44,95	44,95		20,00	20,00
3694	Lymphozytentransformationstest	44,95	44,95		20,00	20,00
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	9,46	9,46		4,23	4,23
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfach-markierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	44,95	44,95		20,00	20,00
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum <i>Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Anti-serum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	35,49	35,49		15,77	15,77
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immun-fluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum <i>Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.</i>	28,39	28,39		12,57	12,57
3700	Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatika-sensibilität	157,73	157,73		70,15	70,15

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb)	7,10	7,10		3,19	3,19
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	3,15	3,15		1,37	1,37
3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	19,71	19,71		8,80	8,80
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	3,15	3,15		1,37	1,37
3715	Bikarbonat	4,73	4,73		2,06	2,06
3716	Osmolalität	3,94	3,94		1,72	1,72

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3721	Glykierte Proteine	19,71	19,71		8,80	8,80
3722	Fructosamin, photometrisch	5,51	5,51		2,52	2,52
3723	Fruktose, photometrisch	15,77	15,77		6,97	6,97
3724	D-Xylose, photometrisch	15,77	15,77		6,97	6,97
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	15,77	15,77		6,97	6,97
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	32,34	32,34		14,40	14,40
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	53,64	53,64		23,89	23,89
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	14,19	14,19		6,29	6,29
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	23,67	23,67		10,51	10,51
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmundiffusion	23,67	23,67		10,51	10,51

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3733	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	9,46	9,46		4,23	4,23
3735	Albumin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	11,83	11,83		5,25	5,25
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	9,46	9,46		4,23	4,23
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	44,95	44,95		20,00	20,00
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	19,71	19,71		8,80	8,80
3739	Alpha1-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	15,77	15,77		6,97	6,97
3742	Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	19,71	19,71		8,80	8,80
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	19,71	19,71		8,80	8,80
3744	Fibronectin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	35,49	35,49		15,77	15,77
3745	Beta2-Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	15,77	15,77		6,97	6,97
3749	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	15,77	15,77		6,97	6,97
3750	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	44,95	44,95		20,00	20,00
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	3,15	3,15		1,37	1,37
3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	9,46	9,46		4,23	4,23
3753	Alpha2-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3754	Mikroglobuline (Alpha1, Beta2), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	15,77	15,77		6,97	6,97
3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	4,73	4,73		2,06	2,06
3756	Myoglobin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	15,77	15,77		6,97	6,97
3757	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	5,51	5,51		2,52	2,52
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	4,73	4,73		2,06	2,06
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3760	Protein im Urin, photometrisch	5,51	5,51		2,52	2,52
3761	Proteinelektrophorese im Urin	19,71	19,71		8,80	8,80
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	3,15	3,15		1,37	1,37

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	44,95	44,95		20,00	20,00
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	19,71	19,71		8,80	8,80
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	35,49	35,49		15,77	15,77
3766 .H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	19,71	19,71		8,80	8,80
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	35,49	35,49		15,77	15,77
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	28,39	28,39		12,57	12,57

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3774	Ammoniak (NH ₄)	17,35	17,35		7,77	7,77
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	14,19	14,19		6,29	6,29
3776	Citrat, photometrisch	23,67	23,67		10,51	10,51
3777	Gallensäuren, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	22,88	22,88		10,17	10,17
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	9,46	9,46		4,23	4,23
3779	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	3,15	3,15		1,37	1,37
3780	Kreatin	9,46	9,46		4,23	4,23
3781	Laktat, photometrisch	17,35	17,35		7,77	7,77
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	15,77	15,77		6,97	6,97
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	44,95	44,95		20,00	20,00
3784	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha- Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	11,83	11,83		5,25	5,25
3785	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha- Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektro-phorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	23,67	23,67		10,51	10,51
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensinl- Convertase, ACE)	17,35	17,35		7,77	7,77
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	9,46	9,46		4,23	4,23
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	15,77	15,77		6,97	6,97
3789	Enzyme der Häm synthese (Delta-Aminolaevulinsäure- Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	9,46	9,46		4,23	4,23
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6- PhosphatDehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	9,46	9,46		4,23	4,23
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	22,88	22,88		10,17	10,17
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3793	Lysozym	9,46	9,46		4,23	4,23
3794	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	15,77	15,77		6,97	6,97
3795	Tatrat-hemm-bare saure Phosphatase (PSP)	8,68	8,68		3,88	3,88
3796	Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	15,77	15,77		6,97	6,97

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmung

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

Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3805	.H2 Antikörper gegen Basalmembran (GBM)	22,88	22,88		10,17	10,17
3806	.H2 Antikörper gegen Centromerregion	22,88	22,88		10,17	10,17
3807	.H2 Antikörper gegen Endomysium	22,88	22,88		10,17	10,17
3808	.H2 Antikörper gegen Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3809	.H2 Antikörper gegen Glatte Muskulatur (SMA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3811	.H2 Antikörper gegen Haut (AHA, BMA und ICS)	22,88	22,88		10,17	10,17
3812	.H2 Antikörper gegen Herzmuskulatur (HMA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3813	.H2 Antikörper gegen Kerne (ANA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3814	.H2 Antikörper gegen Kollagen	22,88	22,88		10,17	10,17
3815	.H2 Antikörper gegen Langerhans-Inseln (ICA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3816	.H2 Antikörper gegen Mikrosomen (Thyropoxidase)	22,88	22,88		10,17	10,17
3817	.H2 Antikörper gegen Mikrosomen (Leber, Niere)	22,88	22,88		10,17	10,17
3818	.H2 Antikörper gegen Mitochondrien (AMA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3819	.H2 Antikörper gegen nDNA	22,88	22,88		10,17	10,17
3820	.H2 Antikörper gegen Nebenniere	22,88	22,88		10,17	10,17
3821	.H2 Antikörper gegen Parietalzellen (PCA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3822	.H2 Antikörper gegen Skelettmuskulatur (SkMA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3823	.H2 Antikörper gegen Speicheldrangepithel	22,88	22,88		10,17	10,17
3824	.H2 Antikörper gegen Spermien	22,88	22,88		10,17	10,17
3825	.H2 Antikörper gegen Thyreoglobulin	22,88	22,88		10,17	10,17
3826	.H2 Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)	22,88	22,88		10,17	10,17
3827	.H2 Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	22,88	22,88		10,17	10,17

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3832	Antikörper gegen Basalmembran (GBM)	40,22	40,22		17,95	17,95
3833	Antikörper gegen Centromerregion	40,22	40,22		17,95	17,95
3834	Antikörper gegen Endomysium	40,22	40,22		17,95	17,95
3835	Antikörper gegen Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3836	Antikörper gegen Glatte Muskulatur (SMA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3838	Antikörper gegen Haut (AHA, BMA und ICS)	40,22	40,22		17,95	17,95
3839	Antikörper gegen Herzmuskulatur (HMA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3840	Antikörper gegen Kerne (ANA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3841	Antikörper gegen Kollagen	40,22	40,22		17,95	17,95
3842	Antikörper gegen Langerhans-Inseln (ICA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3843	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyropoxidase)	40,22	40,22		17,95	17,95
3844	Antikörper gegen Mikrosomen (Leber, Niere)	40,22	40,22		17,95	17,95
3845	Antikörper gegen Mitochondrien (AMA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3846	Antikörper gegen nDNA	40,22	40,22		17,95	17,95
3847	Antikörper gegen Parietalzellen (PCA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3848	Antikörper gegen Skelettmuskulatur (SkMA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3849	Antikörper gegen Speicheldrangepithel	40,22	40,22		17,95	17,95
3850	Antikörper gegenSpermien	40,22	40,22		17,95	17,95
3852	Antikörper gegen Thyreoglobulin	40,22	40,22		17,95	17,95
3853	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)	40,22	40,22		17,95	17,95
3854	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	40,22	40,22		17,95	17,95

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3857	Antikörper gegen dDNS	23,67	23,67		10,51	10,51
3858	Antikörper gegen Histone	23,67	23,67		10,51	10,51
3859	Antikörper gegen Ribonukleoprotein (RNP)	23,67	23,67		10,51	10,51
3860	Antikörper gegen Sm-Antigen	23,67	23,67		10,51	10,51
3861	Antikörper gegen SS-A-Antigen	23,67	23,67		10,51	10,51
3862	Antikörper gegen SS-B-Antigen	23,67	23,67		10,51	10,51
3863	Antikörper gegen Scl-70-Antigen	23,67	23,67		10,51	10,51
3864	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	23,67	23,67		10,51	10,51

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3868	Antikörper gegen Azetylcholinrezeptoren <i>Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -</i>	35,49	35,49		15,77	15,77
3869	Antikörper gegen Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion	35,49	35,49		15,77	15,77
3870	Antikörper gegen Interferon alpha	35,49	35,49		15,77	15,77
3871	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyropoxydase)	35,49	35,49		15,77	15,77
3872	Antikörper gegen Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)	35,49	35,49		15,77	15,77
3873	Antikörper gegen Myeloperoxydase (P-ANCA)	35,49	35,49		15,77	15,77
3874	Antikörper gegen Proteinase 3 (C-ANCA)	35,49	35,49		15,77	15,77
3875	Antikörper gegen Spermien	35,49	35,49		15,77	15,77
3876	Antikörper gegen Thyreoglobulin	35,49	35,49		15,77	15,77
3877	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	35,49	35,49		15,77	15,77
3879	Antikörper gegen Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	43,37	43,37		19,32	19,32
3881	Antikörper gegen Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	22,88	22,88		10,17	10,17

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3884	Antikörper gegen Fc von IgM (Rheumafaktor)	7,10	7,10		3,19	3,19
3885	Antikörper gegen Thyreoglobulin (Boydentest)	7,10	7,10		3,19	3,19

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3886	Antikörper gegen Fc von IgM (Rheumafaktor)	14,19	14,19		6,29	6,29
3889	Antikörper gegen Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	15,77	15,77		6,97	6,97

9. Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3890	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Mischallergentest (z. B. RAST), im Einzelsatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	19,71	19,71		8,80	8,80
3891	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest (z. B. RAST), im Einzelsatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	19,71	19,71		8,80	8,80
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	15,77	15,77		6,97	6,97
3893	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen - gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt	39,44	39,44		17,49	17,49
3894	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen - gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt	70,98	70,98		31,53	31,53
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion	86,75	86,75		38,62	38,62
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	22,88	22,88		10,17	10,17
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	40,22	40,22		17,95	17,95
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3900 .H3	Tumormarker; Ca 125, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	23,67	23,67		10,51	10,51
3901 .H3	Tumormarker; Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3902 .H3	Tumormarker; Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	23,67	23,67		10,51	10,51
3903 .H3	Tumormarker; Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3904 .H3	Tumormarker; Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3905 .H3	Tumormarker; Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	19,71	19,71		8,80	8,80
3906 .H3	Tumormarker; Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3907 .H3	Tumormarker; Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3908 .H3	Tumormarker; Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	23,67	23,67		10,51	10,51
3909 .H3	Tumormarker; Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3910 .H3	Tumormarker; Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3911 .H3	Tumormarker; Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	70,98	70,98		31,53	31,53
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	11,83	11,83		5,25	5,25
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	39,44	39,44		17,49	17,49
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	78,86	78,86		35,08	35,08
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	23,67	23,67		10,51	10,51
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	47,31	47,31		21,03	21,03
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	157,73	157,73		70,15	70,15

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	8,68	8,68		3,88	3,88
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3932	Blutungszeit	4,73	4,73		2,06	2,06
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	7,89	7,89		3,55	3,55
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	9,46	9,46		4,23	4,23
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	19,71	19,71		8,80	8,80
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	14,19	14,19		6,29	6,29
3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	28,39	28,39		12,57	12,57
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	36,28	36,28		16,11	16,11
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	56,79	56,79		25,26	25,26
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	19,71	19,71		8,80	8,80
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	19,71	19,71		8,80	8,80
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	23,67	23,67		10,51	10,51
3945	Heparin, chromogenes Substrat	11,04	11,04		4,92	4,92
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	5,51	5,51		2,52	2,52
3947	Plasmatauschversuch	36,28	36,28		16,11	16,11
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	11,04	11,04		4,92	4,92
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	32,34	32,34		14,40	14,40
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor	37,86	37,86		16,80	16,80
3951	Protein C-Aktivität	35,49	35,49		15,77	15,77
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3953	Protein S-Aktivität	35,49	35,49		15,77	15,77
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77
3955	Reptilasezeit	7,89	7,89		3,55	3,55
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	15,77	15,77		6,97	6,97
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	14,19	14,19		6,29	6,29
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,86	37,86		16,80	16,80
3959	Thrombinkoagulasezeit	7,89	7,89		3,55	3,55
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	5,51	5,51		2,52	2,52
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	70,98	70,98		31,53	31,53
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	4,73	4,73		2,06	2,06
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,86	37,86		16,80	16,80
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	28,39	28,39		12,57	12,57
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	20,52	20,52		9,14	9,14

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3966	Gesamtkomplement AH 50	47,31	47,31		21,03	21,03
3967	Gesamtkomplement CH 50	39,44	39,44		17,49	17,49

Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplettsystems

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis	19,71	19,71		8,80	8,80
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	19,71	19,71		8,80	8,80
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis	19,71	19,71		8,80	8,80
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	19,71	19,71		8,80	8,80

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3980	AB0-Merkmale	7,89	7,89		3,55	3,55
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine	14,19	14,19		6,29	6,29
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	23,67	23,67		10,51	10,51
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	39,44	39,44		17,49	17,49

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3984	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	9,46	9,46		4,23	4,23
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Cw, Kell, Du, Duffy), je Merkmal	15,77	15,77		6,97	6,97
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	28,39	28,39		12,57	12,57
<i>Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i>						
3987	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	11,04	11,04		4,92	4,92
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	15,77	15,77		6,97	6,97
3989	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	4,73	4,73		2,06	2,06
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	5,51	5,51		2,52	2,52
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	7,89	7,89		3,55	3,55
3992	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	2,36	2,36		1,03	1,03
3993	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992	31,54	31,54		14,06	14,06
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälte-agglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	11,04	11,04		4,92	4,92
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	27,61	27,61		12,23	12,23
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	47,31	47,31		21,03	21,03
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	9,46	9,46		4,23	4,23
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	7,10	7,10		3,19	3,19

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	28,39	28,39		12,57	12,57
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	15,77	15,77		6,97	6,97
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System <i>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>	23,67	23,67		10,51	10,51
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	7,89	7,89		3,55	3,55
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	31,54	31,54		14,06	14,06
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	59,15	59,15		26,28	26,28
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	236,59	236,59		105,12	105,12
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	2,36	2,36		1,03	1,03
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	283,91	283,91		126,14	126,14
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	197,17	197,17		87,64	87,64
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	212,94	212,94		94,61	94,61
4010	HLA-Isoantikörperrnachweis	63,09	63,09		28,00	28,00
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	126,18	126,18		56,11	56,11
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im GewebeHLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	59,15	59,15		26,28	26,28
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen -	362,78	362,78		161,22	161,22
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	181,39	181,39		80,67	80,67

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4022 .H4	Freies Trijodthyronin (fT3)	19,71	19,71		8,80	8,80
4023 .H4	Freies Thyroxin (fT4)	19,71	19,71		8,80	8,80
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)	19,71	19,71		8,80	8,80
4025	Insulin	19,71	19,71		8,80	8,80
4026	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)	19,71	19,71		8,80	8,80
4027	Östriol	19,71	19,71		8,80	8,80
4028	Plazentalaktogen (HPL)	19,71	19,71		8,80	8,80
4029 .H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)	19,71	19,71		8,80	8,80
4030	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)	19,71	19,71		8,80	8,80
4031 .H4	Thyroxin	19,71	19,71		8,80	8,80
4032 .H4	Trijodthyronin	19,71	19,71		8,80	8,80
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron	27,61	27,61		12,23	12,23
4036	Androstendion	27,61	27,61		12,23	12,23
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)	27,61	27,61		12,23	12,23
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)	27,61	27,61		12,23	12,23
4039	Östradiol	27,61	27,61		12,23	12,23
4040	Progesteron	27,61	27,61		12,23	12,23
4041	Prolaktin	27,61	27,61		12,23	12,23
4042	Testosteron	27,61	27,61		12,23	12,23
4043	Wachstumshormon (HGH)	27,61	27,61		12,23	12,23
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	27,61	27,61		12,23	12,23
	<i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4045	Aldosteron	37,86	37,86		16,80	16,80
4046	C-Peptid	37,86	37,86		16,80	16,80
4047	Calcitonin	37,86	37,86		16,80	16,80
4048	cAMP	37,86	37,86		16,80	16,80
4049	Corticotropin (ACTH)	37,86	37,86		16,80	16,80
4050	Erythropoetin	37,86	37,86		16,80	16,80
4051	Gastrin	37,86	37,86		16,80	16,80
4052	Glukagon	37,86	37,86		16,80	16,80
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität	37,86	37,86		16,80	16,80
4054	Osteocalcin	37,86	37,86		16,80	16,80
4055	Oxytocin	37,86	37,86		16,80	16,80
4056	Parathormon	37,86	37,86		16,80	16,80
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten	37,86	37,86		16,80	16,80
4058	Reninkonzentration	37,86	37,86		16,80	16,80
4060	Somatomedin	37,86	37,86		16,80	16,80
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)	37,86	37,86		16,80	16,80
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	37,86	37,86		16,80	16,80
	<i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)	59,15	59,15		26,28	26,28
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)	59,15	59,15		26,28	26,28
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)	59,15	59,15		26,28	26,28
4067	Parathyroid hormone related peptide	59,15	59,15		26,28	26,28
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)	59,15	59,15		26,28	26,28
4069	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	59,15	59,15		26,28	26,28
	<i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper -	70,98	70,98		31,53	31,53

Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	44,95	44,95		20,00	20,00
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin	44,95	44,95		20,00	20,00
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)	44,95	44,95		20,00	20,00
4074	Metanephrine	44,95	44,95		20,00	20,00
4075	Serotonin	44,95	44,95		20,00	20,00
4076	Steroidprofil	44,95	44,95		20,00	20,00
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)	44,95	44,95		20,00	20,00
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	44,95	44,95		20,00	20,00
<i>Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	27,61	27,61		12,23	12,23
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	9,46	9,46		4,23	4,23
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	9,46	9,46		4,23	4,23
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	11,04	11,04		4,92	4,92
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung	44,95	44,95		20,00	20,00
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	44,95	44,95		20,00	20,00
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	19,71	19,71		8,80	8,80
4086	Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	94,64	94,64		42,05	42,05
4087	Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	94,64	94,64		42,05	42,05
4088	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung -	94,64	94,64		42,05	42,05
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	35,49	35,49		15,77	15,77

15. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	39,44	39,44		17,49	17,49
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	39,44	39,44		17,49	17,49
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	89,91	89,91		39,99	39,99
4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	78,86	78,86		35,08	35,08
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	172,72	172,72		76,78	76,78
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	15,77	15,77		6,97	6,97
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	9,46	9,46		4,23	4,23
4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	39,44	39,44		17,49	17,49
4098	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	39,44	39,44		17,49	17,49
4099	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	39,44	39,44		17,49	17,49
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	22,09	22,09		9,82	9,82
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	302,83	302,83		134,59	134,59
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	165,62	165,62		73,58	73,58
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	55,21	55,21		24,57	24,57
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	75,71	75,71		33,71	33,71
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	39,44	39,44		17,49	17,49
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	302,83	302,83		134,59	134,59
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	70,98	70,98		31,53	31,53
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	15,77	15,77		6,97	6,97
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	78,86	78,86		35,08	35,08
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylylid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	39,44	39,44		17,49	17,49
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	55,21	55,21		24,57	24,57
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	227,13	227,13		101,01	101,01
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Al-dosteron)	151,43	151,43		67,30	67,30
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Al-dosteron)	151,43	151,43		67,30	67,30
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	151,43	151,43		67,30	67,30
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Tryp-sin und Bikarbonat)	85,18	85,18		37,83	37,83
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	39,44	39,44		17,49	17,49

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	56,79	56,79		25,26	25,26

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, DeltaALA), photometrisch und säulenchromatographisch	44,95	44,95		20,00	20,00
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	19,71	19,71		8,80	8,80
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	9,46	9,46		4,23	4,23
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, SchwarzWatson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	4,73	4,73		2,06	2,06
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	44,95	44,95		20,00	20,00
4125	Porphyrynprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	44,95	44,95		20,00	20,00
4126	Porphyrynprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	36,28	36,28		16,11	16,11

17. Spurenelemente, Vitamine

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	9,46	9,46		4,23	4,23
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	3,15	3,15		1,37	1,37
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	32,34	32,34		14,40	14,40
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	32,34	32,34		14,40	14,40
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	32,34	32,34		14,40	14,40
4135	Zink, Atomabsorption	7,10	7,10		3,19	3,19
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,86	37,86		16,80	16,80
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)2D3, Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	59,15	59,15		26,28	26,28
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	19,71	19,71		8,80	8,80

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4141	Vitamin A	28,39	28,39		12,57	12,57
4142	Vitamin E	28,39	28,39		12,57	12,57
4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)	44,95	44,95		20,00	20,00
4145	Vitamin B1	44,95	44,95		20,00	20,00
4146	Vitamin B6	44,95	44,95		20,00	20,00
4147	Vitamin K	44,95	44,95		20,00	20,00

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4150	Amikacin	19,71	19,71		8,80	8,80
4151	Amphetamin	19,71	19,71		8,80	8,80
4152	Azetaminophen	19,71	19,71		8,80	8,80
4153	Barbiturate	19,71	19,71		8,80	8,80
4154	Benzodiazepine	19,71	19,71		8,80	8,80
4155	Cannabinoide	19,71	19,71		8,80	8,80
4156	Carbamazepin	19,71	19,71		8,80	8,80
4157	Chinidin	19,71	19,71		8,80	8,80
4158	Cocainmetabolite	19,71	19,71		8,80	8,80
4160	Desipramin	19,71	19,71		8,80	8,80
4161	Digitoxin	19,71	19,71		8,80	8,80
4162	Digoxin	19,71	19,71		8,80	8,80
4163	Disopyramid	19,71	19,71		8,80	8,80
4164	Ethosuximid	19,71	19,71		8,80	8,80
4165	Flecainid	19,71	19,71		8,80	8,80
4166	Gentamicin	19,71	19,71		8,80	8,80
4167	Lidocain	19,71	19,71		8,80	8,80
4168	Methadon	19,71	19,71		8,80	8,80
4169	Methotrexat	19,71	19,71		8,80	8,80
4170	N-Azetylprocainamid	19,71	19,71		8,80	8,80
4171	Netilmicin	19,71	19,71		8,80	8,80
4172	Opiate	19,71	19,71		8,80	8,80
4173	Phenobarbital	19,71	19,71		8,80	8,80
4174	Phenytoin	19,71	19,71		8,80	8,80
4175	Primidon	19,71	19,71		8,80	8,80
4176	Propaphenon	19,71	19,71		8,80	8,80
4177	Salizylat	19,71	19,71		8,80	8,80
4178	Streptomycin	19,71	19,71		8,80	8,80
4179	Theophyllin	19,71	19,71		8,80	8,80
4180	Tobramicin	19,71	19,71		8,80	8,80
4181	Valproinsäure	19,71	19,71		8,80	8,80
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	23,67	23,67		10,51	10,51

Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4186	Amitriptylin	55,21	55,21		24,57	24,57
4187	Imipramin	55,21	55,21		24,57	24,57
4188	Nortriptylin	55,21	55,21		24,57	24,57

Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4190	Aluminium	32,34	32,34		14,40	14,40
4191	Arsen	32,34	32,34		14,40	14,40
4192	Blei	32,34	32,34		14,40	14,40
4193	Cadmium	32,34	32,34		14,40	14,40
4194	Chrom	32,34	32,34		14,40	14,40
4195	Gold	32,34	32,34		14,40	14,40
4196	Quecksilber	32,34	32,34		14,40	14,40
4197	Thallium	32,34	32,34		14,40	14,40
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen	32,34	32,34		14,40	14,40
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4199	Amiodarone	28,39	28,39		12,57	12,57
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)	28,39	28,39		12,57	12,57
4201	Chinidin	28,39	28,39		12,57	12,57
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	28,39	28,39		12,57	12,57
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4203	Antibiotika	35,49	35,49		15,77	15,77
4204	Antimykotika	35,49	35,49		15,77	15,77

Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4206	Valproinsäure	32,34	32,34		14,40	14,40
4207	Ethanol	32,34	32,34		14,40	14,40
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	32,34	32,34		14,40	14,40
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	37,86	37,86		16,80	16,80
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	70,98	70,98		31,53	31,53
4211	Ethanol, photometrisch	11,83	11,83		5,25	5,25
4212	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	19,71	19,71		8,80	8,80
4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	28,39	28,39		12,57	12,57
4214	Lithium	4,73	4,73		2,06	2,06

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4220	Borrelia burgdorferi	7,10	7,10		3,19	3,19
4221	Brucellen	7,10	7,10		3,19	3,19
4222	Campylobacter	7,10	7,10		3,19	3,19
4223	Francisellen	7,10	7,10		3,19	3,19
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ	7,10	7,10		3,19	3,19
4225	Leptospiren	7,10	7,10		3,19	3,19
4226	Listerien, je Typ	7,10	7,10		3,19	3,19
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)	7,10	7,10		3,19	3,19
4228	Salmonellen-H-Antigene	7,10	7,10		3,19	3,19
4229	Salmonellen-O-Antigene	7,10	7,10		3,19	3,19
4230	Staphylolysin	7,10	7,10		3,19	3,19
4231	Streptolysin	7,10	7,10		3,19	3,19
4232	Treponema pallidum (TPHA, Cardirolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)	7,10	7,10		3,19	3,19
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ	7,10	7,10		3,19	3,19
4234	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,10	7,10		3,19	3,19

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)	18,14	18,14		8,11	8,11
4236	Borrelia burgdorferi	18,14	18,14		8,11	8,11
4237	Brucellen	18,14	18,14		8,11	8,11
4238	Campylobacter	18,14	18,14		8,11	8,11
4239	Francisellen	18,14	18,14		8,11	8,11
4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ	18,14	18,14		8,11	8,11
4241	Leptospiren	18,14	18,14		8,11	8,11
4242	Listerien, je Typ	18,14	18,14		8,11	8,11
4243	Rickettsien	18,14	18,14		8,11	8,11
4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen	18,14	18,14		8,11	8,11
4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen	18,14	18,14		8,11	8,11
4246	Staphylolysin	18,14	18,14		8,11	8,11
4247	Streptolysin	18,14	18,14		8,11	8,11
4248	Treponema pallidum (TPHA, Cardirolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)	18,14	18,14		8,11	8,11
4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ	18,14	18,14		8,11	8,11
4250	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	18,14	18,14		8,11	8,11

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4251	Bordetella pertussis	22,88	22,88		10,17	10,17
4252	Borrelia burgdorferi	22,88	22,88		10,17	10,17
4253	Chlamydia trachomatis	22,88	22,88		10,17	10,17
4254	Coxiella burneti	22,88	22,88		10,17	10,17
4255	Legionella pneumophila	22,88	22,88		10,17	10,17
4256	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)	22,88	22,88		10,17	10,17
4257	Mycoplasma pneumoniae	22,88	22,88		10,17	10,17
4258	Rickettsien	22,88	22,88		10,17	10,17
4259	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)	22,88	22,88		10,17	10,17
4260	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)	22,88	22,88		10,17	10,17
4261	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	22,88	22,88		10,17	10,17

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4263	Bordetella pertussis	40,22	40,22		17,95	17,95
4264	Borrelia burgdorferi	40,22	40,22		17,95	17,95
4265	Chlamydia trachomatis	40,22	40,22		17,95	17,95
4266	Coxiella burneti	40,22	40,22		17,95	17,95
4267	Legionella pneumophila	40,22	40,22		17,95	17,95
4268	Mycoplasma pneumoniae	40,22	40,22		17,95	17,95
4269	Rickettsien	40,22	40,22		17,95	17,95
4270	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)	40,22	40,22		17,95	17,95
4271	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)	40,22	40,22		17,95	17,95
4272	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	40,22	40,22		17,95	17,95

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4273	Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABSTest)	63,09	63,09		28,00	28,00
------	--	-------	-------	--	-------	-------

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4275	Campylobacter	19,71	19,71		8,80	8,80
4276	Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)	19,71	19,71		8,80	8,80
4277	Chlamydia trachomatis	19,71	19,71		8,80	8,80
4278	Coxiella burneti	19,71	19,71		8,80	8,80
4279	Gonokokken	19,71	19,71		8,80	8,80
4280	Leptospiren	19,71	19,71		8,80	8,80
4281	Listerien	19,71	19,71		8,80	8,80
4282	Mycoplasma pneumoniae	19,71	19,71		8,80	8,80
4283	Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)	19,71	19,71		8,80	8,80
4284	Yersinien	19,71	19,71		8,80	8,80
4285	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4286	Borrelia burgdorferi	27,61	27,61		12,23	12,23
4287	Campylobacter	27,61	27,61		12,23	12,23
4288	Coxiella burneti	27,61	27,61		12,23	12,23
4289	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)	27,61	27,61		12,23	12,23
4290	Mycoplasma pneumoniae	27,61	27,61		12,23	12,23
4291	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	27,61	27,61		12,23	12,23

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4293	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
4294	Streptolysin, Hämolyssehemmung	18,14	18,14		8,11	8,11
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Immundif-fusion oder ähn-liche Untersuchungsmethoden	14,19	14,19		6,29	6,29
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell	9,46	9,46		4,23	4,23
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	9,46	9,46		4,23	4,23

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4300	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnel-Test); Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	7,10	7,10		3,19	3,19
4301	Röteln-Virus	7,10	7,10		3,19	3,19
4302	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand; Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinations-hemmung, Latex-Agglutination) <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	7,10	7,10		3,19	3,19

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4305	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnel-Test)	18,93	18,93		8,46	8,46
4306	Röteln-Virus	18,93	18,93		8,46	8,46
4307	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	18,93	18,93		8,46	8,46

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4310	Adenoviren	22,88	22,88		10,17	10,17
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	22,88	22,88		10,17	10,17
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	22,88	22,88		10,17	10,17
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	22,88	22,88		10,17	10,17
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	22,88	22,88		10,17	10,17
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	22,88	22,88		10,17	10,17
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	22,88	22,88		10,17	10,17
4317	FSME-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	22,88	22,88		10,17	10,17
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	22,88	22,88		10,17	10,17
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	22,88	22,88		10,17	10,17
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	22,88	22,88		10,17	10,17
4322	HIV 1	22,88	22,88		10,17	10,17
4323	HIV 2	22,88	22,88		10,17	10,17
4324	Influenza A-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4325	Influenza B-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4327	Masern-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4328	Mumps-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4329	Parainfluenza-Virus 1	22,88	22,88		10,17	10,17
4330	Parainfluenza-Virus 2	22,88	22,88		10,17	10,17
4331	Parainfluenza-Virus 3	22,88	22,88		10,17	10,17
4332	Respiratory syncytial virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4333	Tollwut-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4334	Varizella-Zoster-Virus	22,88	22,88		10,17	10,17
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	22,88	22,88		10,17	10,17
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4337	Adenoviren	40,22	40,22		17,95	17,95
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	40,22	40,22		17,95	17,95
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	40,22	40,22		17,95	17,95
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	40,22	40,22		17,95	17,95
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	40,22	40,22		17,95	17,95
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	40,22	40,22		17,95	17,95
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	40,22	40,22		17,95	17,95
4344	FSME-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	40,22	40,22		17,95	17,95
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	40,22	40,22		17,95	17,95
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	40,22	40,22		17,95	17,95
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	40,22	40,22		17,95	17,95
4349	HIV 1	40,22	40,22		17,95	17,95
4350	HIV 2	40,22	40,22		17,95	17,95
4351	Influenza A-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4352	Influenza B-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4354	Masern-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4355	Mumps-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4356	Parainfluenza-Virus 1	40,22	40,22		17,95	17,95
4357	Parainfluenza-Virus 2	40,22	40,22		17,95	17,95
4358	Parainfluenza-Virus 3	40,22	40,22		17,95	17,95
4359	Respiratory syncytial virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4360	Röteln-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4361	Tollwut-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4362	Varizella-Zoster-Virus	40,22	40,22		17,95	17,95
4363	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	40,22	40,22		17,95	17,95
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.						

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4365	Adenoviren	19,71	19,71		8,80	8,80
4366	Coronaviren	19,71	19,71		8,80	8,80
4367	Influenza A-Virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4368	Influenza B-Virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4369	Influenza C-Virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4371	Parainfluenza-Virus 1	19,71	19,71		8,80	8,80
4371 a	Parainfluenza-Virus 2	19,71	19,71		8,80	8,80
4372	Parainfluenza-Virus 3	19,71	19,71		8,80	8,80
4373	Polyomaviren	19,71	19,71		8,80	8,80
4374	Reoviren	19,71	19,71		8,80	8,80
4375	Respiratory syncytial virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.						

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4381	HBs-Antigen	18,93	18,93		8,46	8,46
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4385	Masern-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4386	Mumps-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4387	Röteln-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4388	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)	18,93	18,93		8,46	8,46
4389	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	18,93	18,93		8,46	8,46
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4390	Cytomegalie-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4391	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4392	FSME-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4393	HBc-Antigen (IgG und IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4394	Herpes simplex-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4395	HIV	23,67	23,67		10,51	10,51
4396	Masern-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4397	Mumps-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4398	Röteln-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4399	Varizella-Zoster-Virus (IgM)	23,67	23,67		10,51	10,51
4400	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	23,67	23,67		10,51	10,51
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4402	HBc-Antigen (IgM)	27,61	27,61		12,23	12,23
4403	HBe-Antigen (IgM)	27,61	27,61		12,23	12,23
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	27,61	27,61		12,23	12,23
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4405	Delta-Antigen	63,09	63,09		28,00	28,00
4406	Hepatitis C-Virus	31,54	31,54		14,06	14,06

Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot	63,09	63,09		28,00	28,00
4409	HIV, Immunoblot	63,09	63,09		28,00	28,00

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4415	Candida albicans	22,88	22,88		10,17	10,17
4416	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	22,88	22,88		10,17	10,17

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4418	Candida albicans	40,22	40,22		17,95	17,95
4419	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	40,22	40,22		17,95	17,95

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4421	Aspergillus	7,10	7,10		3,19	3,19
4422	Candida albicans	7,10	7,10		3,19	3,19
4423	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,10	7,10		3,19	3,19

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4425	Aspergillus	18,93	18,93		8,46	8,46
4426	Candida albicanstions	18,93	18,93		8,46	8,46
4427	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	18,93	18,93		8,46	8,46

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4430	Echinokokken	7,10	7,10		3,19	3,19
4431	Schistosomen	7,10	7,10		3,19	3,19
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,10	7,10		3,19	3,19
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4435	Echinokokken	18,93	18,93		8,46	8,46
4436	Schistosomen	18,93	18,93		8,46	8,46
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	18,93	18,93		8,46	8,46
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4440	Entamoeba histolytica	22,88	22,88		10,17	10,17
4441	Leishmanien	22,88	22,88		10,17	10,17
4442	Plasmodien	22,88	22,88		10,17	10,17
4443	Pneumocystis carinii	22,88	22,88		10,17	10,17
4444	Schistosomen	22,88	22,88		10,17	10,17
4445	Toxoplasma gondii	22,88	22,88		10,17	10,17
4446	Trypanosoma cruzi	22,88	22,88		10,17	10,17
4447	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	22,88	22,88		10,17	10,17
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4448	Entamoeba histolytica	40,22	40,22		17,95	17,95
4449	Leishmanien	40,22	40,22		17,95	17,95
4450	Pneumocystis carinii	40,22	40,22		17,95	17,95
4451	Plasmodien	40,22	40,22		17,95	17,95
4452	Schistosomen	40,22	40,22		17,95	17,95
4453	Toxoplasma gondii	40,22	40,22		17,95	17,95
4454	Trypanosoma cruzi	40,22	40,22		17,95	17,95
4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	40,22	40,22		17,95	17,95

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4456	Echinokokken	19,71	19,71		8,80	8,80
4457	Entamoeba histolytica	19,71	19,71		8,80	8,80
4458	Leishmanien	19,71	19,71		8,80	8,80
4459	Toxoplasma gondii	19,71	19,71		8,80	8,80
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4461	Toxoplasma gondii	18,14	18,14		8,11	8,11
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	18,14	18,14		8,11	8,11
4465	Entamoeba histolytica	27,61	27,61		12,23	12,23
4466	Leishmanien	27,61	27,61		12,23	12,23
4467	Schistosomen	27,61	27,61		12,23	12,23
4468	Toxoplasma gondii	27,61	27,61		12,23	12,23
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	27,61	27,61		12,23	12,23

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4500	Betahämolysierende Streptokokken Typ B	10,25	10,25		4,57	4,57
4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b	10,25	10,25		4,57	4,57
4502	Neisseria meningitidis Typen A und B	10,25	10,25		4,57	4,57
4503	Streptococcus pneumoniae	10,25	10,25		4,57	4,57
4504	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	10,25	10,25		4,57	4,57

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich einfacher Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4506	Methylenblaufärbung	7,10	7,10		3,19	3,19
4508	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,10	7,10		3,19	3,19

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich aufwendigerer Anfärbung qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4510	Giemsafärbung (Punktate)	8,68	8,68		3,88	3,88
4511	Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)	8,68	8,68		3,88	3,88
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung	8,68	8,68		3,88	3,88
4513	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	8,68	8,68		3,88	3,88

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen -, qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4515	Auraminfärbung	12,61	12,61		5,61	5,61
4516	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	12,61	12,61		5,61	5,61
4518	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	19,71	19,71		8,80	8,80

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzymoder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4520	Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B	19,71	19,71		8,80	8,80
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	19,71	19,71		8,80	8,80
4522	Legionellen	19,71	19,71		8,80	8,80
4523	Neisseria meningitidis	19,71	19,71		8,80	8,80
4524	Neisseria gonorrhoeae	19,71	19,71		8,80	8,80
4525	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung/Gewebekultur

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4530	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	6,31	6,31		2,86	2,86
4531	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium <i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	7,89	7,89		3,55	3,55
4532	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium	7,89	7,89		3,55	3,55
4533	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schoko-laden-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	9,46	9,46		4,23	4,23
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	31,54	31,54		14,06	14,06
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	27,61	27,61		12,23	12,23
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	39,44	39,44		17,49	17,49

c. Identifizierung/Typisierung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Ver-fahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	4,73	4,73		2,06	2,06
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Äskulinspaltung, Methylengrün-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	9,46	9,46		4,23	4,23
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombina-tion von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	9,46	9,46		4,23	4,23
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	12,61	12,61		5,61	5,61
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim	18,93	18,93		8,46	8,46
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	26,03	26,03		11,55	11,55
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen <i>Eine mehr als viermahlige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	23,67	23,67		10,51	10,51

Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)	4,73	4,73		2,06	2,06
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)	4,73	4,73		2,06	2,06
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)	4,73	4,73		2,06	2,06
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	4,73	4,73		2,06	2,06
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - ein-schließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	22,88	22,88		10,17	10,17

Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken	19,71	19,71		8,80	8,80
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	19,71	19,71		8,80	8,80
4563	Legionellen	19,71	19,71		8,80	8,80
4564	Neisseria meningitidis	19,71	19,71		8,80	8,80
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80

Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4567	Anaerobier	32,34	32,34		14,40	14,40
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	32,34	32,34		14,40	14,40
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie - einschließlich aufwendi-ger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung	44,95	44,95		20,00	20,00
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse strukturel-ler Komponenten, je Untersuchung	44,95	44,95		20,00	20,00

Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4572	Beta-hämolysierende Streptokokken	9,46	9,46		4,23	4,23
4573	Escherichia coli	9,46	9,46		4,23	4,23
4574	Salmonellen	9,46	9,46		4,23	4,23
4575	Shigellen	9,46	9,46		4,23	4,23
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,46	9,46		4,23	4,23

Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4578	Brucellen	19,71	19,71		8,80	8,80
4579	Pseudomonaden	19,71	19,71		8,80	8,80
4580	Staphylokokken	19,71	19,71		8,80	8,80
4581	Salmonellen	19,71	19,71		8,80	8,80
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80
4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80
4585	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	27,61	27,61		12,23	12,23

d. Toxinnachweis

Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung.

Katalog

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum	19,71	19,71		8,80	8,80
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	19,71	19,71		8,80	8,80
4592	Staphylococcus aureus	19,71	19,71		8,80	8,80
4593	Vibrionen	19,71	19,71		8,80	8,80
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder toxin durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4596	Clostridium botulinum	19,71	19,71		8,80	8,80
4597	Corynebacterium diphtheriae	19,71	19,71		8,80	8,80
4598	Staphylokokkentoxin	19,71	19,71		8,80	8,80
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	39,44	39,44		17,49	17,49
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>						

e. Keimzahl, Hemmstoffe

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semi-quantitativ, je Urinuntersuchung	4,73	4,73		2,06	2,06
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	19,71	19,71		8,80	8,80
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	4,73	4,73		2,06	2,06

f. Empfindlichkeitstestung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4610	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz <i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>	1,58	1,58		0,69	0,69
4611	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	2,36	2,36		1,03	1,03
4612	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	3,94	3,94		1,72	1,72
4613	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	5,92	5,92		2,63	2,63
4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photo-metrische, turbidimetrische oder nephelometri-sche Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80

2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Latex-Agglutination), je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4630	Rota-Viren	4,73	4,73		2,06	2,06
4631	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	4,73	4,73		2,06	2,06

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4633	Herpes simplex Viren	6,31	6,31		2,86	2,86
4634	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	6,31	6,31		2,86	2,86

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

4636	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	22,88	22,88		10,17	10,17
4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	250,80	250,80		111,51	111,51

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4640	Adeno-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4641	Hepatitis A-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)	19,71	19,71		8,80	8,80
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)	19,71	19,71		8,80	8,80
4644	Influenza-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4645	Parainfluenza-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4646	Rota-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4647	Respiratory syncytial virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4648	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebe-subkultur, je Ansatz	35,49	35,49		15,77	15,77

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	19,71	19,71		8,80	8,80
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	19,71	19,71		8,80	8,80
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	26,03	26,03		11,55	11,55
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	22,88	22,88		10,17	10,17
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	250,80	250,80		111,51	111,51

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4675	Adeno-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4676	Influenza-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4677	Parainfluenza-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4678	Rota-Viren	19,71	19,71		8,80	8,80
4679	Respiratory syncytial virus	19,71	19,71		8,80	8,80
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4705	Aspergillus	9,46	9,46		4,23	4,23
4706	Candida	9,46	9,46		4,23	4,23
4707	Kryptokokkus neoformans	9,46	9,46		4,23	4,23
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	9,46	9,46		4,23	4,23
	<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen	6,31	6,31		2,86	2,86
4711	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	9,46	9,46		4,23	4,23
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	22,88	22,88		10,17	10,17
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80

b. Züchtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	7,89	7,89		3,55	3,55
	<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig</i>					
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wachstoffsatz), je Nährmedium	9,46	9,46		4,23	4,23
	<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	9,46	9,46		4,23	4,23
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>					

c. Identifizierung/Charakterisierung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	9,46	9,46		4,23	4,23
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	19,71	19,71		8,80	8,80
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung	9,46	9,46		4,23	4,23
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	22,88	22,88		10,17	10,17
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay(z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	9,46	9,46		4,23	4,23
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	19,71	19,71		8,80	8,80

d. Empfindlichkeitstestung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	9,46	9,46		4,23	4,23
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	19,71	19,71		8,80	8,80

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4740	Amöben	9,46	9,46		4,23	4,23
4741	Lamblien	9,46	9,46		4,23	4,23
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)	9,46	9,46		4,23	4,23
4743	Trichomonaden	9,46	9,46		4,23	4,23
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier	9,46	9,46		4,23	4,23
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten	9,46	9,46		4,23	4,23
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4747	Amöben	12,61	12,61		5,61	5,61
4748	Lamblien	12,61	12,61		5,61	5,61
4749	Trichomonaden	12,61	12,61		5,61	5,61
4750	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier	12,61	12,61		5,61	5,61
4751	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	12,61	12,61		5,61	5,61
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten - einschließlich aufwendigerer Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4753	Giemsafärbung (Blutausstrich) (z. B. Malaria plasmodien)	19,71	19,71		8,80	8,80
4754	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80
4756	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	15,77	15,77		6,97	6,97
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	22,88	22,88		10,17	10,17
4759	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80

b. Züchtung

Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4760	Amöben	19,71	19,71		8,80	8,80
4761	Lamblien	19,71	19,71		8,80	8,80
4762	Trichomonaden	19,71	19,71		8,80	8,80
4763	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,71	19,71		8,80	8,80

c. Identifizierung

Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4765	Trichomonaden	9,46	9,46		4,23	4,23
4766	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,46	9,46		4,23	4,23
4768	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	19,71	19,71		8,80	8,80

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4770	Trypanosoma cruzi	19,71	19,71		8,80	8,80
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,71	19,71		8,80	8,80

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4780	Isolierung von Nukleinsäuren <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i>	62,12	62,12		27,60	27,60
4781	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	11,83	11,83		5,25	5,25
4782	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i>	34,51	34,51		15,30	15,30
4783	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR) <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i>	34,51	34,51		15,30	15,30
4784	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	78,86	78,86		35,08	35,08
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nicht-radioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i>	20,71	20,71		9,20	9,20
4786	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	47,31	47,31		21,03	21,03
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	157,73	157,73		70,15	70,15

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	20,20	25,12		9,04	9,04
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	26,92	33,46		12,13	12,13
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	26,92	33,46		12,13	12,13
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	26,92	33,46		12,13	12,13
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	26,92	33,46		12,13	12,13
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie). Die histologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunhistochemischen Verfahrens rechtfertigt die 2-fache Abrechnung der Nr. 4815 je Leistungsziel. Die Art der Untersuchung ist anzugeben. Eine mehr als dreimalige Berechenbarkeit bedarf einer diagnosebezogenen Begründung. Ab der 6. Berechnung ist für jede Untersuchung nur noch die einmalige Berechnung der Nr. 4815 der UV-GOÄ anzuwenden. Für einen immunhistochemischen Nachweis von Östrogenrezeptoren oder Progesteronrezeptoren ist die Nr. 4815 2-fach abrechenbar.	32,58	40,51		14,55	14,55
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	23,27	28,96		10,38	10,38

II. Zytologie

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4850	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - <i>Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.</i>	8,09	10,08		5,40	5,40

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z. B. aus dem Genitale der Frau) - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - <i>Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i>	12,10	15,05		8,08	8,08
4852	Zytologische Untersuchung von z. B. Punkttaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material -, je Untersuchungsmaterial	16,19	20,15		10,80	10,80
4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate	14,89	18,53		9,98	9,98

III. Zytogenetik

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
4870	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	25,41	31,63		16,99	16,99
4871	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	26,92	33,46		18,06	18,06
4872	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	181,50	225,86		121,36	121,36
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - ; Zytogenetik	282,01	350,95		188,65	188,65

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nummer 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Der UV-Träger erhält eine Kopie; Portokosten sind zu erstatten.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen als selbständige Leistung ist ausschließlich nach Nummer 35 berechnungsfähig.
Für die im Zusammenhang mit einer Begutachtung erforderliche Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen kann der Arzt die Leistungen nach den Nummern 5255 bis 5257 berechnen. Für die Beurteilung der ILO-Klassifikation von anderweitig angefertigten Röntgenaufnahmen bzw. die Beurteilung der ICOERD-Klassifikation von anderweitig durchgeführten CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik als selbständige Leistungen kann der Arzt die Nummern 5255, 5381, 5382 oder 5383 abrechnen.
5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.
6. Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.
7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.
8. Bei Anforderung von Auskünften, Berichten, und Gutachten durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind von diesem für die Rücksendung Freiumschläge beizulegen. In allen anderen Fällen ist dem Arzt das Porto zu ersetzen. Für die Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen (einschließlich Verpackung) ist ein Pauschalbetrag nach Geb.-Nr. 195 je Sendung (zuzüglich Portokosten) zu zahlen. Das gilt auch für die Übersendung von Röntgenaufnahmen von Arzt zu Arzt. Diese Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandte Aufnahmen einschließlich der Herstellung.

I. Strahlendiagnostik

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

Zähne

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5000	Zähne, je Projektion <i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>	4,66	5,77		3,10	3,10
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	23,27	28,96		15,50	15,50
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	37,22	46,34		24,81	24,81

Finger oder Zehen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5010	jeweils in zwei Ebenen	20,92	25,04		13,29	13,29
5011	ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>	6,96	8,33		4,47	4,47

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5020	jeweils in zwei Ebenen	25,61	30,60		16,19	16,19
5021	ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>	9,30	11,13		5,92	5,92
5022	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumen- oder Sprunggelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5010, 5011 bzw. 5020, 5021	5,58	6,94			

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5030	jeweils in zwei Ebenen; ,Kreuzbein oder Hüftgelenk	41,89	50,05		26,57	26,57
5031	ergänzende Ebene(n)	11,63	13,93		7,36	7,36
<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>						
5032	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schultereck- oder Kniegelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5030, 5031	5,58	6,94			
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	18,61	22,25		11,84	11,84
<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>						
5037	Bestimmung des Skelettalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung -	34,90	41,72		22,08	22,08
5040	Beckenübersicht	34,90	41,72		22,08	22,08
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	23,24	27,80		14,74	14,74
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrast-mitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	110,52	132,12		69,99	69,99
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	58,18	69,55		36,84	36,84
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	46,54	55,64		29,46	29,46
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	46,54	55,64		29,46	29,46
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	23,24	27,80		14,74	14,74
5098	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -	30,27	36,18		19,21	19,21
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	34,90	41,72		22,08	22,08
5101	ergänzende Ebene(n)	18,61	22,25		11,84	11,84
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	46,54	55,64		29,46	29,46
5106	ergänzende Ebene(n)	20,92	25,04		13,29	13,29
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität ; Skelett	58,18	69,55		36,84	36,84
5111	ergänzende Ebene(n) ; Skelett	23,24	27,80		14,74	14,74
<i>Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i>						
5115	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	46,54	55,64		29,46	29,46
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	30,27	36,18		19,21	19,21
5121	ergänzende Ebene(n)	16,27	19,46		10,25	10,25

2. Hals-und Brustorgane

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5130	Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen -	32,59	38,94		20,65	20,65
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene <i>Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	32,59	38,94		20,65	20,65
5137	Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen	52,35	62,58		33,15	33,15
5139	Teil der Brustorgane <i>Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i>	20,92	25,04		13,29	13,29
5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	11,63	13,93		7,36	7,36

3. Bauch- und Verdauungsorgane

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich Ösophagogastral-Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	63,99	76,50		40,50	40,50
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	81,45	97,38		51,56	51,56
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung - einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 -	139,61	166,91		88,40	88,40
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgabiet	27,92	34,75		18,60	18,60
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodenojejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -	151,23	180,83		95,76	95,76
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -	81,45	97,38		51,56	51,56
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	162,86	194,72		103,13	103,13
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en) -	116,32	139,08		73,66	73,66
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	93,08	111,28		58,92	58,92
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -	127,96	153,00		81,03	81,03
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	46,54	55,64		29,46	29,46
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion <i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	34,90	41,72		22,08	22,08
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	58,18	69,55		36,84	36,84
5192	Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -	23,24	27,80		14,74	14,74
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -	69,78	83,44		44,20	44,20
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	23,24	27,80		14,74	14,74
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite	34,90	41,72		22,08	22,08
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	34,90	41,72		22,08	22,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5235	Refluxzystographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	58,18	69,55		36,84	36,84
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	46,54	55,64		29,46	29,46

4. Beurteilung von Fremdaufnahmen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit einer Begutachtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5255	bis zu 15 Aufnahmen oder von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen. Daneben können die Nummern 35 und 36 nicht abgerechnet werden. <i>Die Gebühr kann auch außerhalb von Begutachtungen für die Beurteilung der ILO-Klassifikation im Zusammenhang mit der Pneumokoniose-Diagnostik abgerechnet werden.</i>	13,78	13,78			
5256	bis zu 40 Aufnahmen	24,15	24,15			
5257	über 40 Aufnahmen	48,25	48,25			

5. Spezialuntersuchungen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit einer Begutachtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5260	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - <i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>	46,54	55,64		29,46	29,46
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene <i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	34,90	41,72		22,08	22,08
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	52,35	62,58		33,15	33,15
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	17,47	20,86		11,05	11,05
5280	Myelographie	87,27	104,32		55,25	55,25
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	52,35	62,58		33,15	33,15
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	75,62	90,41		47,88	47,88
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	22,35	27,81		14,85	14,85

6. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.

Die Leistungen nach den Nummern 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	186,15	231,63		124,05	124,05
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>	37,22	46,34		24,81	24,81
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	55,82	69,48		37,21	37,21
5303	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	93,06	115,82		62,03	62,03
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>	18,60	23,16		12,41	12,41
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	27,92	34,75		18,60	18,60
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	186,15	231,63		124,05	124,05
5306 a	Leistung nach Nummer 5306, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5303 bis 5305 <i>Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>	157,20	157,20		124,05	124,05
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	55,82	69,48		37,21	37,21
5307 a	Leistung nach Nummer 5307, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5303 bis 5305 <i>Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>	47,15	47,15		37,21	37,21
5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	74,47	92,66		49,61	49,61
5308 a	Leistung nach Nummer 5308, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305. <i>Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>	62,88	62,88		49,61	49,61
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	167,54	208,47		111,65	111,65
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	55,82	69,48		37,21	37,21
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	93,06	115,82		62,03	62,03
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	55,82	69,48		37,21	37,21
5313	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>	74,47	92,66		49,61	49,61
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie <i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	204,76	254,81		136,46	136,46
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie <i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>	279,22	347,49		186,22	186,22

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	37,22	46,34		24,81	24,81
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt <i>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>	55,82	69,48		37,21	37,21
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie <i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	223,37	277,97		148,85	148,85
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	279,22	347,49		186,22	186,22
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	37,22	46,34		24,81	24,81
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie <i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>	93,06	115,82		62,03	62,03
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik <i>Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	94,31	94,31		74,44	74,44
5329	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	148,94	185,33		99,24	99,24
5330	Venographie einer Extremität	69,82	86,86		46,53	46,53
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	18,60	23,16		12,41	12,41
5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung <i>Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal berechnet werden.</i>	62,88	62,88		49,61	49,61
5338	Lymphographie, je Extremität	93,06	115,82		62,03	62,03
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) -, insgesamt	23,27	28,96		15,50	15,50

7. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronar-arterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der - Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>	260,60	324,31	7,57	134,30	141,87
5346	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	55,82	69,48		28,71	28,71
5348	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.</i>	353,68	440,13	7,57	173,40	180,97
5349	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	93,06	115,82		48,00	48,00
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde -	46,54	57,92		23,99	23,99
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnersorgenden Arterien	93,06	115,82		48,00	48,00
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	186,15	231,63	7,57	96,14	103,71
5354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	18,60	23,16		9,57	9,57
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>	186,15	231,63		96,14	96,14

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5356	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i>	232,67	289,56		120,14	120,14
5357	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet <i>Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i>	325,76	405,37		199,96	199,96
5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet ; Interventionelle Maßnahmen <i>Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i>	418,83	521,20		216,27	216,27
5359	Embolisation der Vena spermatica - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	232,67	289,56		120,14	120,14
5360	Embolisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	186,15	231,63		96,14	96,14
5361	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	241,98	301,15		125,00	125,00

8. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5369	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	279,22	294,43		186,22	186,22
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs -	186,15	196,28		124,05	124,05
5370 a	Digitale Volumentomographie im Kopfbereich ggf. einschließlich computergesteuerter Analyse und 3D-Rekonstruktion. <i>Die zu erwartende therapieentscheidende Mehrinformation gegenüber der konventionellen Bildgebung ist in der Rechnung anzugeben. Die Nr. 5377 kann nicht gesondert abgerechnet werden. Bei Kindern sind die klinischen Befunde, aus denen die rechtfertigende Indikation resultiert, und eine Begründung, warum strahlungsfreie Untersuchungsmethoden nicht angewendet werden konnten, anzugeben. Bei Kindern ist die DVT in der Regel nur einmal pro Behandlungsfall abrechenbar. Sollten im Einzelfall auf Grund besonderer Umstände mehrere DVT-Aufnahmen notwendig sein, so ist die Begründung anzugeben.</i>	159,48	159,48		86,13	86,13
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich <i>Bei zusätzlicher Beurteilung eines HR CT nach der ICOERD-Klassifizierung im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers kann die Gebühr der Besonderen Heilbehandlung abgerechnet werden.</i>	214,07	225,72		142,66	142,66
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	241,98	255,18		161,27	161,27
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	176,85	186,47		117,85	117,85
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/ oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls ein- schließlich der Übergangsregionen -	176,85	186,47		117,85	117,85
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge <i>Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>	186,15	196,28		124,05	124,05
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 -	46,54	49,07		31,02	31,02
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D- Rekonstruktion -	62,88	62,88		49,61	49,61
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen <i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>	93,06	98,16		62,03	62,03
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	27,92	29,44		18,60	18,60

9. ICOERD Klassifizierung von Fremd-CT-Aufnahmen

Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5381	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen einer (HR) CT-Untersuchung <i>Die Gebühr nach Nr. 5381 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5382 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig.</i>	72,82	72,82			
5382	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen von zwei (HR) CT-Untersuchungen <i>Die Gebühr nach Nr. 5382 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig.</i>	145,62	145,62			
5383	Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen von drei und mehr (HR) CT-Untersuchungen <i>Die Gebühr nach Nr. 5383 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5382 nicht berechnungsfähig.</i>	218,45	218,45			

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

Allgemeine Bestimmung

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

a. Schilddrüse

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile -	32,58	40,51		21,71	21,71
5401	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - einschließlich quantitativer Untersuchung -, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent - einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität) -	120,98	150,58		80,65	80,65
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) - <i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	93,06	115,82		62,03	62,03
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - <i>Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	111,69	138,99		74,44	74,44

b. Gehirn

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	111,69	138,99		74,44	74,44
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums <i>Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i>	83,77	104,23		55,81	55,81

c. Lunge

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt	120,98	150,58		80,65	80,65
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aero-sole oder Stäube	120,98	150,58		80,65	80,65

d. Herz

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	111,69	138,99		74,44	74,44
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.</i>	353,68	440,13		235,84	235,84
5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - <i>Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	93,06	115,82		62,03	62,03
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	186,15	231,63		124,05	124,05
5424	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/ oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i>	260,60	324,31		173,81	173,81

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	209,39	260,60		139,55	139,55
5426	Teilkörperskelettszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	117,27	145,94		78,20	78,20
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenzintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -	37,22	46,34		24,81	24,81
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	209,39	260,60		139,55	139,55

f. Tumorszintigraphie

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5430	eine Region Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern	111,69	138,99		74,44	74,44
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern	209,39	260,60		139,55	139,55

Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistung nach Nummer 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en). Die Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

g. Nieren

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelniere-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards -	260,60	324,31		173,81	173,81
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung -	148,94	185,33		99,24	99,24
5442	Statische Nierenszintigraphie	55,82	69,48		37,21	37,21
5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 - mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) -	65,16	81,08		43,41	43,41
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen -	93,06	115,82		62,03	62,03

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

h. Endokrine Organe

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse -	93,06	115,82		62,03	62,03

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

i. Gastrointestinaltrakt

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5455	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage - gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung -, Gallenwege - gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux -, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	120,98	150,58		80,65	80,65
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/ oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	120,98	150,58		80,65	80,65

j. Hämatologie, Angiologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - <i>Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.</i>	83,77	104,23		55,81	55,81
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	204,76	254,81		136,46	136,46
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -	204,76	254,81		136,46	136,46
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	46,54	57,92		31,02	31,02
5465	eine Region	117,27	145,94		78,20	78,20
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	209,39	260,60		139,55	139,55
<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i>						

k. Resorptions- und Exkretionsteste

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5470	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum -	88,41	110,02		58,94	58,94

I. Sonstige

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5472	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung - auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle -	88,41	110,02		58,94	58,94
5473	Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurf fraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) - <i>Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>	83,77	104,23		55,81	55,81
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	125,64	156,36		83,73	83,73

m. Mineralgehalt

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	27,92	34,75		18,60	18,60

n. Ergänzungsleistungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	58,96	58,96		41,40	41,40
5481	Sequenzszintigraphie - mindestens sechs Bilder in schneller Folge -	53,44	53,44		37,48	37,48
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	53,44	53,44		37,48	37,48
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) - einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen -	102,15	102,15		71,74	71,74
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler - gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren -	77,02	77,02		54,08	54,08

o. Emissions-Computer-Tomographie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	111,69	138,99		74,44	74,44
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	186,15	231,63		124,05	124,05
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	558,45	694,94		372,29	372,29
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	698,03	868,67		465,33	465,33

2. Therapeutische Leistungen

Anwendung offener Radionuklide

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	230,81	287,23		153,86	153,86
5602	Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	125,64	156,36		83,73	83,73
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	100,53	125,09		67,02	67,02
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorge	251,31	312,71		167,46	167,46
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	209,39	260,60		139,55	139,55
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts - einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen - <i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>	83,77	104,23		55,81	55,81
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradio-aktivität - <i>Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>	150,78	187,62		100,59	100,59

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beachten.

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	409,53	431,84		273,05	273,05
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	390,89	412,21		260,64	260,64
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	400,19	422,03		266,84	266,84
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	409,53	431,84		273,05	273,05
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	372,29	392,57		248,23	248,23
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	223,37	235,54		148,85	148,85
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität <i>Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.</i>	372,29	392,57		248,23	248,23
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	93,06	98,16		62,03	62,03
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	78,60	78,60		62,03	62,03

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	62,88	62,88		49,61	49,61
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	558,45	588,86		372,29	372,29

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation. Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)</i>	23,27	28,96		15,50	15,50
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	18,60	23,16		12,41	12,41
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion <i>Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>	7,85	7,85		6,20	6,20
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	93,06	115,82		62,03	62,03
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	186,15	231,63		124,05	124,05

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>	18,60	23,16		12,41	12,41
5812	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion <i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>	17,68	22,00		11,73	11,73
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	83,77	104,23		55,81	55,81

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>	139,61	173,74		93,04	93,04
5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z. B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	39,28	39,28		31,02	31,02
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	157,20	157,20		124,05	124,05
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	67,02	83,39		44,62	44,62
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	11,16	13,89		7,41	7,41
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	93,06	115,82		62,03	62,03
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	11,16	13,89		7,41	7,41

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.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5840	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>	139,61	173,74		93,04	93,04
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	157,20	157,20		124,05	124,05
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	27,92	34,75		18,60	18,60
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	93,06	115,82		62,03	62,03
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	195,46	243,21		130,25	130,25

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung - <i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>	642,18	799,18		428,12	428,12
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	93,06	115,82		62,03	62,03
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	186,15	231,63		124,05	124,05
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion <i>Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie berechnungsfähig.</i>	231,76	288,39		154,52	154,52
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	642,18	799,18		428,12	428,12

P. Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte

Allgemeine Bestimmungen

Fachärzte und Fachärztinnen können die nachfolgenden Gebühren abrechnen, wenn sie die Voraussetzungen der Anforderungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) erfüllen.

Vor der Behandlungsaufnahme bedarf es der vorherigen Genehmigung durch den zuständigen UV-Träger. Mit dieser Anfrage wird eine Bestätigung an den UV-Träger gesendet, dass eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorliegt. Fachärztinnen und Fachärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bestätigen, dass sie die Anforderungen für eine Genehmigungserteilung erfüllen.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
6000	Erstanamnese zur schmerzmedizinischen Behandlung Durchführung einer Schmerzanalyse mit Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebögen, Erfassung von Kontextfaktoren, Berücksichtigung der Ergebnisse aus vorangegangenen Schmerzassessments (AIS oder SIS gemäß Handlungsempfehlung Schmerztherapeutische Versorgung der DGUV) soweit vorliegend, eingehende Beratung einschließlich Festlegung der Therapieziele, Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Chronifizierungsstadiums, der dem Patienten/der Patientin mitzugeben ist; Vermittlung von bio-psycho- sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien, Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen (Mindestdauer 60 Min.). Die Leistung ist innerhalb eines Jahres zweimal abrechenbar.	167,38	167,38		12,87	12,87
	Die Erstbehandlung findet grundsätzlich in Präsenz statt. Erstanamnese (Nummer 6000) und Folgebehandlung (Nummer 6001) am gleichen Tag schließen sich aus. Leistungen der Beratung und/oder Untersuchung der UV-GOÄ sowie die Nummern 17, 17b, 19 und 34 können daneben nicht abgerechnet werden. Standardisierte Fragebögen sind Bestandteil der Leistung und können nicht mit anderen Leistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden. <i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 11,29 Euro</i>					

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
6001	<p>Schmerzmedizinische Folgebehandlung Kontrolle und Fortschreibung des Behandlungsplans und Erörterung mit Patientin/Patienten, unter Einbeziehung der Patienten. Der angepasste Behandlungsplan ist der Patientin/dem Patienten mitzugeben.</p> <p>Die Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistung ist die erfolgte Erstanamnese nach Nummer 6000. Innerhalb des Behandlungsfalls (3 Monate) kann die Nummer 6001 bis zu fünfmal abgerechnet werden. Die Leistung ist auch als Videosprechstunde möglich. Erstanamnese (Nummer 6000) und Folgebehandlung (Nummer 6001) am gleichen Tag schließen sich aus. Die Leistung ist je angefangene 10 Minuten bis maximal 4 mal pro Sitzung abrechenbar.</p>	22,93	22,93			
6002	<p>Besprechung /Koordination weiterer therapeutische Maßnahme (mit Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder anderen Heilmittelerbringern)</p> <p>Dokumentierter Austausch mit Therapeuten (Psychologen, Physio- oder Ergotherapeuten) zur Therapie-Umsetzung oder -Anpassung und Erfolgskontrolle. Der Austausch kann telefonisch oder persönlich im Einzelkontakt oder im Rahmen einer Fallkonferenz erfolgen. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt mit Bericht Nummer 6003 bzw. 6004 UV-GOÄ.</p> <p>Abrechnungsvoraussetzung ist die Dokumentation im Bericht nach Nummer 6003 UV-GOÄ mit Angabe der Therapeutenkontakten (Datum/Name) und der Ergebnisse.</p> <p>Die Leistung ist innerhalb von 6 Monaten bis zu drei Mal abrechenbar.</p> <p>Neben der Nummer 6002 können die Leistungen nach den Nummern. 10, 10a, 17, 17b, 19 sowie 60 - 61 nicht abgerechnet werden.</p> <p><i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 5,72 Euro</i></p>	38,34	38,34		5,97	5,97
6003	<p>Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung / Erstanamnese</p> <p>Ärztlicher Bericht zu Ergebnis der Schmerzanalyse mit Auswertung standardisierter Fragebögen und Angabe der erfassten Kontextfaktoren. Umfasst Ergebnis der Beratung des Patienten/der Patientin, Angabe der Behandlungsziele, Übermittlung des inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplans.</p> <p>Die Leistung kann nur zusammen mit der Nummer 6000 abgerechnet werden.</p> <p><i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 2,45 Euro</i></p>	37,27	37,27		2,56	2,56

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
6004	<p>Folgebericht Schmerzmedizinische Behandlung Berichterstattung in jedem Quartal, in dem Behandlungen erfolgt sind. Umfasst Begründung zu Änderungen in Therapiezielen und Angabe von erfolgten Therapeutenkontakten (in Bezug auf Nummer 6002). Der Bericht muss Auskunft über drei Bereiche geben:</p> <p>1. Angaben zu somatischer Behandlung/ Medikation incl. Angabe der verordneten Medikation, Angabe zur Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung von Schmerzen bzw. Schmerzmedikation</p> <p>2. Angabe zur psychotherapeutischen bzw. zur psychosomatischen Behandlung</p> <p>3. Angabe zur sozialen Behandlung bzw. anderer Interventionen</p> <p>Die Leistung ist einmal im Behandlungsfall abrechenbar in Verbindung mit Nummer 6001 UV-GOÄ oder auf Anforderung des UV-Trägers.</p> <p><i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 2,45 Euro</i></p>	37,27	37,27		2,56	2,56

S. Krankenhaussachleistungen, Obduktionen

I. Bäder, Massagen, Krankengymnastik und andere Heilbehandlungen

Beachte:

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

Gruppe 1: Krankengymnastik

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9101	Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	15,76
9102	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind - Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist eine abgeschlossene spezielle Weiterbildung - Bobath, Vojta - von mindestens 300 Stunden <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	16,72
9103	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen - Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist eine abgeschlossene spezielle Weiterbildung - Bobath, Vojta und PNF - von mindestens 120 Stunden <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	16,72
9104	Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmern, je Teilnehmer <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	5,64
9105	Krankengymnastik im Bewegungsbad <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101). Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	15,40
9106	Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen, je Teilnehmer <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101). Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	8,57
9107	Manuelle Therapie - Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung ist eine abgeschlossene spezielle Weiterbildung in manueller Therapie von mindestens 260 Stunden <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	18,96

Gruppe 2: Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie)

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9201	Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler) <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	8,76
9202	Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	11,50
9203	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-PeloidGemischen <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101). Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	12,37
9204	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101). Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	14,05
9205	Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101). Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	17,80
9206	Kälteanwendung bei einem Körperabschnitt oder mehreren Körperabschnitten (Kompressen, Eisbeutel, Peloid, Eisteilbad) <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	16,93
9207	Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kaltluft)	12,73

Gruppe 3: Elektrotherapie

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9301	Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	5,96
9302	Elektrostimulation bei Paresen Einzelbehandlung <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	26,52
9303	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	10,44
9304	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente) <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	10,66

Gruppe 4: Massage, man. Lymphdrainage, med. Bädertherapie und Chirogymnastik

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9401	Klassische Massage einzelner oder mehrerer Körperabschnitte sowie auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perist-, Bürsten- und Colonmassage)	23,04
9402	Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnittes, Teilbehandlung <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	14,39
9403	Manuelle Lymphdrainage zweier oder mehrerer Körperabschnitte, Ganzbehandlung <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	14,39
9403 a	Kompressionsbandagierung einschl. der Kosten für Polstermaterial und Trikotfix <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	24,41
9405	Hand-, Fußbad mit Zusatz; Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes. <i>Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	8,87
9407	Kohlensäurebad <i>Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	29,52
9409	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) <i>Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	29,40
9410	Zwei- und Vierzellenbad	15,42
9412	Unterwasserdruckstrahlmassage <i>Die erforderliche Nachruhe ist Bestandteil des Vergütungssatzes</i>	35,94
9413	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	21,76
9414	Extensionsbehandlung	9,19

Gruppe 5: Inhalationstherapie

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9501	Einzelinhalation <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	8,76
9502	Rauminhalation, je Teilnehmer <i>Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101)</i>	5,23

Gruppe 6: Zusätzliche Leistungen

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9601	zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe, d. h. außerhalb der mit einem (*) vorgesehenen Leistungen (einschließlich Wäsche)	6,35
9602	ärztlich verordneter Hausbesuch, je Besuch	24,26

Ergotherapie

Beachte:

Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten (einschließlich Vor- und Nachbereitungszeit). Die jeweilige Anzahl abrechnungsfähiger Zeitintervalle ergibt sich aus der zwischen den Spitzenverbänden der UV-Träger und den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vertraglich vereinbarten ärztlichen Verordnung. Der Arzt verordnet die Leistung unter Angabe der Nummer des mit diesen Verbänden vereinbarten Gebührenverzeichnisses.

Die zwischen den Spitzenverbänden der UV-Träger und den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarte Leistungsbeschreibung in der jeweils gültigen Fassung findet Anwendung.

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9651	Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	20,42
9651 G	Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Gruppe (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	7,15
9652	Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (4 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	20,42
9652 G	Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Gruppe (4 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	7,15
9653	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	20,42
9653 G	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung Gruppe (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	7,15
9654	Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (5 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	20,42
9654 G	Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen Gruppe (5 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	7,15
9655	Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem UV-Träger <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	22,07
9656	Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld (außerhalb der ergotherapeutischen Praxis) (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem UV-Träger <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	22,07
9657	Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (keine Berechnung nach Zeitintervall) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	44,61
9658	Thermische Anwendung, Kälte/Wärme (keine Berechnung nach Zeitintervall) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	9,16
9659	Ergotherapeutische Schiene (Über 400 Euro nur mit Kostenvoranschlag) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	
9660	ausführlicher Bericht auf Anforderung des UV-Trägers <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	44,49
9661	Ärztlich verordneter Hausbesuch bei einem Patienten, je Besuch <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i>	29,65
9670	Logopädische Untersuchung mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern <i>Kann in einem Behandlungsfall nur einmal berechnet werden</i>	26,67

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9671 a	Dauer mindestens 30 Min.	27,86
9671 b	Dauer mindestens 45 Min.	39,99
9671 c	Dauer mindestens 60 Min.	52,97
9672	Logopädische Gruppenbehandlung (max. 3 Personen) mit Beratung der Patienten und ggf. der Eltern, Behandlungsdauer mindestens 45 Min. je Teilnehmer	17,54

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9700	Arzneirezepturen in Krankenanstalten ohne Anstaltsapothek: Einkaufspreis zuzügl. 10 v. H.	
9701	Arzneirezepturen in Krankenanstalten mit Anstaltsapothek; Preise nach AM Preis V; Nachfolgeregelung der DAT.	
9703	Arzneispezialitäten, Sera, Blutersatzmitteln u. ä.; Apothekenverkaufspreise mit Umsatzsteuer der kleinsten Klinikpackung.	
9704	Blutkonserven von fremden Blutbanken Einkaufspreis zuzügl. 10 v.H	

Human-Blutkonserven eigener Herstellung mit Stabilisator(en)

Primärstabilisator ggfs. und/oder additive Lösung

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9705	Vollblut-Konserven bis 99 ml	49,81
9706	Vollblut-Konserven 100 bis 299 ml	73,52
9707	Vollblut-Konserven 300 bis 399 ml	96,39
9708	Vollblut-Konserven 400 bis 499 ml	111,29
9709	Vollblut-Konserven 500 bis 599 ml	126,33
9710	Vollblut-Konserven 600 ml	141,27

Frischplasma (GFP) - gefroren

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9715	GFP - 1 ml, je ml	0,24

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

Primärstabilisator ggfs. und/oder additive Lösung

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9720	aus Vollblut-Konserven bis 99 ml	41,52
9721	aus Vollblut-Konserven 100 bis 299 ml	60,67
9722	aus Vollblut-Konserven 300 bis 399 ml	75,57
9723	aus Vollblut-Konserven 400 bis 499 ml	88,10
9724	aus Vollblut-Konserven 500 bis 599 ml	101,38
9725	aus Vollblut-Konserven 600 ml	113,83

Gewaschenes Human-Erythrozyten-Konzentrat eigener Herstellung mit Stabilisator

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9730	aus Vollblut-Konserven bis 99 ml	75,57
9731	aus Vollblut-Konserven 100 bis 299 ml	96,39
9732	aus Vollblut-Konserven 300 bis 399 ml	110,47
9733	aus Vollblut-Konserven 400 bis 499 ml	123,86
9734	aus Vollblut-Konserven 500 bis 599 ml	137,10
9735	aus Vollblut-Konserven 600 ml	149,57

Frischblut-Konserven eigener Herstellung mit Stabilisator

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9740	Konserven bis 499 ml	127,12
9741	Konserven 500 bis 599 ml	140,33
9742	Konserven 600 ml	157,03

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9745	aus Vollblut-Konserven bis 99 ml	74,75
9746	aus Vollblut-Konserven 100 bis 299 ml	108,03
9747	aus Vollblut-Konserven 300 bis 399 ml	137,92
9748	aus Vollblut-Konserven 400 bis 499 ml	159,59
9749	aus Vollblut-Konserven 500 bis 599 ml	184,46

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9750	aus Vollblut 500 ml	118,83

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9755	aus Vollblut-Konserven bis 499 ml	93,89
9756	aus Vollblut-Konserven 500 bis 599 ml	105,49
9757	aus Vollblut-Konserven 600 ml	115,52

Human-Thrombozyten-Konzentrat gefiltert (leukozytenarm/TL)

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9760	aus 500 ml Vollblut	132,98
9761	Human-Thrombozytenphärese-Konzentrat mittels einer Zellseparationszentrifuge gewonnen. Mindestgehalt Thrombozyten 3×10^{11}	778,37

Zuschläge für Blutkonserven mit besonderen Merkmalbestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9765	HLA-Typisierung, alle Antigene	773,26
9766	HLA-Typisierung, Einzelantigene, je	173,37
9767	Kreuzprobe im HLA-System	244,33
9768	Antikörper-Suchtext im HLA-System	152,37
9769	Lymphozyten-Mischkultur MLC	1180,47
9770	Anti-CMV (bei Berücksichtigung des Merkmals Zuschlag für vorausgegangene routinemäßige Austestung)	36,22
9771	Blutdirektübertragung vom Spender zum Empfänger (ohne ärztliche Leistung), Blutspenderentschädigung nach landesüblicher Regelung, Fahrtkosten Fahrtkostenersatz, Verdienstausfallentschädigung und Kosten der Blutspendermahlzeit	
9772	Transportkostenersatz bei Beschaffung und Transport von Spezialblutkonserven in Einzelfällen <i>Beschaffung z. B. von tiefgefrorenen, nach Auftauen gewaschenen Erythrozyten-Sediment-Konserven von auswärtigen Blutspendediensten</i>	
9773	Zusätzliche Präparate für Spezialblutkonserven	
9774	Zusätzliche Materialien für Spezialblutkonserven	

Knochenmark und Knochenmark-Konserven eigener Herstellung mit Stabilisator

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9780	bis 19 ml ml	86,41
9781	20 bis 29 ml	97,95
9782	30 bis 39 ml	110,47
9783	40 bis 49 ml	120,45
9784	50 bis 74 ml	145,39
9785	75 bis 99 ml	169,45
9786	100 u. mehr ml	194,39

Sonstiges

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9790	Knochennägel, Knochenschrauben, Stahlsehnendrähte, Gefäßprothesen, u. ä.	
9791	Gummi-Elastikbinden	
9792	Fotografische Aufnahme, schwarz/weiß oder bunt	0,28
9793	weggefallen	
9794	Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen einschließlich Verpackung und zuzüglich Porto je Sendung. Die Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandten Aufnahmen einschließlich der Herstellung. Wenn statt der angefertigten herkömmlichen Röntgenfilmaufnahmen Röntgenfilmkopien übersandt werden, sind neben dem Pauschalbetrag nach 9794 die Kosten für die Röntgenfilmkopien nach 9795 a oder 9795 b berechenbar.	6,24

Röntgenfilmkopie

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9795 a	Format bis 18 x 24	5,79
9795 b	größere Formate	8,35
9795 c	Ausdruck auf Spezialpapier von digital gefertigten Aufnahmen für Dritte, die die Grundleistung nicht bezahlt haben, einschließlich Verpackung und Versand	3,59
9796	Fotokopie	0,20
9797	Wochenbettpackungen	

III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9800	Pauschalgebühr bei Hämodialyse zum ärztlichen Honorar zusätzlich	381,55
9900	Gem. Beschluss des Ständigen Ausschusses BG-NT entfallen die Gebührennummern 9900 bis 9910 mit Wirkung ab 01.01.2018.	

Stattdessen findet als Vergütungsgrundlage bei als Krankenhausleistungen im Auftrag des Unfallversicherungsträgers erbrachten

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

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

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

1. Die Gebührennummern 9900 bis einschließlich 9910 entfallen.
2. Anstelle der Gebührennummern gemäß Nr. 1 findet als Vergütungsgrundlage bei als Krankenhausleistungen im Auftrag des Unfallversicherungsträgers erbrachten
 - Leichenöffnungen und damit in Zusammenhang stehender Leistungen,
 - der Entnahme von Körperflüssigkeiten bei Leichen ohne Leichenöffnung
 - sowie von Einbalsamierungen

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