

Gebührenordnung für Ärzte

UV-GOÄ 2026

mit Krankenhauskosten-Nebentarif

Stand: 01.07.2026

Änderungen zum 01.07.2026

1. Im Zuge der Novellierung der UV-GOÄ werden umfangreiche Änderungen in verschiedenen Teilen der UV-GOÄ vorgenommen. Im Abschnitt B und im Abschnitt L im neuen Unterabschnitt XVII. wurden erhebliche Änderungen beschlossen. Die gesamten Änderungen sind den Beschlüssen der Ständigen Gebührenkommission (https://www.dguv.de/de/reha_leistung/informationen_leistungserbringende/verguetung/in dex.jsp) zu entnehmen.

2. Abrechnungsregelungen zwischen den Vertragspartnern für die Änderungen zum 01.07.2026:

Alle ab dem 01.07.26 erbrachten Leistungen sind nach der ab dann geltenden UV-GOÄ abzurechnen. Für die Abrechnung der neuen Gebühren und Leistungen zum 01.07.2026 ist der Tag der Leistungserbringung relevant. Für bereits laufende Behandlungsfälle beginnt mit dem 01.07.2026 formal der Lauf eines neuen Behandlungsfalls.

3. Die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses nach § 51 ÄV (Anlage 1 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger - UV-GOÄ) werden zum 01.07.2026 um 5 % erhöht. Von der Erhöhung ausgenommen sind folgende Abschnitte der UV-GOÄ:

- Abschnitt B - Grundleistungen und allgemeine Leistungen
- Abschnitt L - Unterabschnitt XVII. - Arthroskopie - Nrn. 3400 bis 3444
- Abschnitt M - Unterabschnitt IV. - Nrn. 4780, 4782, 4783, 4785

Inhaltsverzeichnis

Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

1 bis 193
1 bis 19
34 bis 36
45 bis 63
71 bis 71
100 bis 109
110 bis 193
200 bis 449
200 bis 247
250 bis 298
300 bis 321
340 bis 374
375 bis 399
401 bis 424
427 bis 433
440 bis 449
451 bis 498
500 bis 577
500 bis 501
505 bis 518
520 bis 529
530 bis 533
535 bis 539
548 bis 558
560 bis 577
600 bis 796
800 bis 887
1001 bis 1168
1200 bis 1386
1400 bis 1639
1700 bis 1860
2000 bis 3444
2000 bis 2020
2029 bis 2093
2100 bis 2184
2203 bis 2241
2250 bis 2297
2320 bis 2358
2380 bis 2454
2500 bis 2604
2620 bis 2732
2750 bis 2760
2800 bis 2921
2950 bis 3013
3050 bis 3097
3120 bis 3241

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

- I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
- II. Leistungen unter besonderen Bedingungen
- III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz
- IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen
- V. Todesfeststellung
- VI. Besondere Bedingungen

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

- I. Anlegen von Verbänden
- II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen
- III. Punktionen
- IV. Kontrastmitteleinbringungen
- V. Impfungen und Testungen
- VI. Sonographische Leistungen
- VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen
- VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

D. Anästhesieleistungen

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

- I. Inhalationen
- II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen
- III. Massagen
- IV. Hydrotherapie und Packungen
- V. Wärmebehandlung
- VI. Elektrotherapie
- VII. Lichttherapie

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

I. Augenheilkunde

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

K. Urologie

L. Chirurgie, Orthopädie

- I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung
- II. Extremitätenchirurgie
- III. Gelenkchirurgie
- IV. Gelenkluxationen
- V. Knochenchirurgie
- VI. Frakturbehandlung
- VII. Chirurgie der Körperoberfläche
- VIII. Neurochirurgie
- IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- X. Halsschirurgie
- XI. Gefäßchirurgie
- XII. Thoraxchirurgie
- XIII. Herzchirurgie
- XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

Inhaltsverzeichnis

3280 bis 3288	XV. Hernienchirurgie
3301 bis 3321	XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen
3400 bis 3444	XVII. Arthroskopie
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

Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

Materialien können nach dem Berufsgenossenschaftlichen Nebenkostentarif (BG-NT) oder nach Teil A der UV-GOÄ abgerechnet werden. Im Wesentlichen finden sich in den beiden Tarifbestimmungen gleiche Inhalte.

In der Folge werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und Regelungen erläutert.

1. Besondere Kosten nach Spalte 4 der UV-GOÄ auf der Grundlage des BG-NT

Bei dem BG-NT handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der DGUV und der DKG (Vertragsparteien). Die Tarifbestimmungen gelten daher grundsätzlich nur für Ärzte an Krankenhäusern. Diese sind verpflichtet mit den Besonderen Kosten abzurechnen.

Die Beträge in der Spalte Besondere Kosten sind für die jeweiligen Leistungen als Pauschalen zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Einzelnachweise können vom Unfallversicherungsträger nur für die Abrechnung von Materialien gefordert werden, die nicht Bestandteil der Pauschale § 2 Abs. 1 BG-T sondern nach § 2 Abs. 3 BG-T gesondert berechnungsfähig sind.

2. Abrechnung von Auslagen nach Teil A der UV-GOÄ

Für niedergelassene Ärzte gelten für die Abrechnung von Materialien (Auslagen) so weit in der UV-GOÄ nichts anderes bestimmt ist, die Regelungen des Teil A der UV-GOÄ. Zum Nachweis des Einkaufs der jeweiligen Auslage kann der Unfallversicherungsträger einen Einzelnachweis verlangen.

Eine Verpflichtung in dieser Form abzurechnen, besteht nicht. Niedergelassene Ärzte haben die Wahl anstelle der Regelung nach Teil A mit den besonderen Kosten der Spalte 4 (BG-NT) abzurechnen.

Diese Entscheidung trifft der Arzt zu Beginn des Behandlungsfalles (siehe B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen, Allgemeine Bestimmungen, Nr. 1). An diese Entscheidung ist er dann für die Dauer des Behandlungsfalles gebunden.

Rechnen niedergelassene Ärzte nach diesem Tarif mit den besonderen Kosten ab, gilt für sie der BG-NT.

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

1. Als Vergütung stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu. Im Zusammenhang mit arthroskopischen Leistungen nach Abschnitt L. XVII kann der Arzt keinen Ersatz von Auslagen berechnen. Es gelten die Besonderheiten des Abschnitts L. XVII.
2. Der Arzt kann Gebühren nur für persönliche ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II. (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.
3. Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist. Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach diesem Vertrag selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
4. Soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist, dürfen neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren als Auslagen nur berechnet werden:
 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 Abschnitten 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 Leistungen nach den Nummern 1 bis 2, 5, 11 und 12 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 3, 11 und 12 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen zu begründen.
3. Besuchsgebühren, Wegegeld, Kilometerpauschalen und Reiseentschädigungen sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus sowie neben den Nrn. 45 - 52 53 nicht berechnungsfähig.
4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
5. Die Abrechnung selbständiger ärztlicher Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können nicht durch analoge Leistungen ersetzt werden. Eine Regelung entsprechend des § 6 Abs. 2 GOÄ (GOÄ i.d.F. v. 9.02.1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 3b G v. 19.07.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197).) durch Heranziehung einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Position ist in der UV-GOÄ nicht gestattet.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1	Symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen oder bei Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit einschließlich Beratung. Bei Kindern bis zum 6. Geburtstag wird anstelle der Nr. 1 einmal im Behandlungsfall die Nr. 2 abgerechnet. Dies gilt nicht bei Verletzungen, bei denen durch bloße Inaugenscheinnahme das Ausmaß der Erkrankung beurteilt werden kann. Die Leistung ist von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr abzurechnen. Für Zeiten zwischen 19-7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen kann der Zuschlag nach Nr. 3 abgerechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 45, 448-449, 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886, 887</i>	8,37	10,43		1,74	1,74
2	Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischem Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschließlich Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit einschließlich Beratung. Die Leistung ist von Montag bis Freitag zwischen 7-19 Uhr abzurechnen. Für Zeiten zwischen 19-7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen kann der Zuschlag nach Nr. 3 abgerechnet werden. Die Leistung kann pro Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 45, 50, 448-449, 600, 601, 800, 826, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414</i>	19,56	24,31		3,51	3,51
3	Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für Leistungen zwischen 19-7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen. Die Leistung kann nicht abgerechnet werden, wenn Versicherte zu diesen Zeiten einbestellt werden.	7,58	9,42		1,74	1,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4	Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für die Entscheidung des Durchgangsarztes, keine Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers einzuleiten bzw. diese abzurechnen. Voraussetzung ist, dass die Gründe dokumentiert, Versicherte über die Entscheidung aufgeklärt und - soweit bekannt - weiterbehandelnde Ärzte informiert werden. Die Leistung kann nur von D-Ärzten abgerechnet werden.	10,00	10,00			
5	Zuschlag für einen erhöhten ärztlichen Aufwand bei erschwerter Kommunikation im Rahmen der Leistungen nach den Nrn. 1 und 2. Dies ist im Bericht zu dokumentieren. <i>Die Leistung kann nur zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden und nicht für Kinder bis zum 6. Geburtstag.</i>	10,00	10,00			
10	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. Telemedizinische Beratung/Betreuung und/oder Videosprechstunde durch den Arzt mittels visueller Kommunikationsmedien bis zu 10 Minuten. 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. 1-2 UV-GOÄ) erfolgt ist. 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. 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. 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. Ergebnisse aus der Beratung Hinweise auf Besonderheiten des Behandlungsverlaufs, ist der UV-Träger unverzüglich mit einem Verlaufsbericht zu informieren. Für die Erbringung telemedizinischer Leistungen mittels visueller Kommunikationsmedien sind die Regelungen der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte durch den behandelnden Arzt entsprechend einzuhalten. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 10a, 11, 12, 15, 45, 50, 60, 6002</i>			9,14	3,02	3,02

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
10 a	Leistung nach Nr. 10, jedoch für die Dauer von mehr als 10 Minuten. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 10, 11, 12, 15, 45, 50, 60, 6002</i>		18,28		6,02	6,02
11	Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung	3,35	4,17		1,74	1,74
12	Zuschlag zu Nr. 11 für die Leistung zwischen 19-7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.	7,58	9,42		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>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 11, 12, 18, 19 und 34</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 medizinische Fachkraft 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. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 35, 6000, 6002</i>		135,79			
18	Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 34, 35, 6000, 6002</i>		67,90			
19	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn alle der vorgenannten Kriterien erfüllt sind. Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 6000, 6002</i>	27,92	34,75		1,74	1,74

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
34	Untersuchung zum Stand des Heilverfahrens einschließlich Einschätzung zum bisherigen Verlauf und/oder zu laufenden oder geplanten Maßnahmen der medizinischen Behandlung bzw. Rehabilitation durch einen anderen als den behandelnden Arzt. Vor Beginn der Leistung muss grundsätzlich ein Auftrag des Unfallversicherungsträgers vorliegen. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Eine nochmalige Abrechnung durch denselben Arzt ist nicht zulässig. Alle Untersuchungs- und Beratungsleistungen - mit Ausnahme bildgebender Diagnostik sowie weiterer zur Diagnostik erforderlichen Maßnahmen (z. B. Funktionsmessungen, Laboruntersuchungen) - sind mit der Gebühr abgegolten. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 35, 36, 110, 115, 118, 6000</i>	74,27	74,27		5,71	5,71

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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 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 wenn der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war. Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen. 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> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 18, 34, 5255, 5256, 5257</i></p>	13,78	13,78		1,74	1,74
36	<p>Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt</p> <p>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-Arzt 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.</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 60, 61, 5255, 5256, 5257</i></p>	13,78	13,78		1,74	1,74

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
45	<p>Visite(n) im Krankenhaus</p> <p><i>Unabhängig der Anzahl der Visiten kann die Leistung nur einmal täglich abgerechnet werden. 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. 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 ist auch berechnungsfähig, wenn sie vom Belegarzt erbracht wird. Die Nrn. 1, 2 können nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 48, 50</i></p>	10,00	12,00		3,42	3,42
48	<p>Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten -</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 11, 12, 50, 51, 52</i></p>	11,16	13,89			
50	<p>Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung</p> <p><i>Die Leistung nach Nr. 50 darf nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45</i></p>	29,80	37,08			
51	<p>Zuschlag zu Nr. 50, zwischen 19-7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen</p>	17,89	22,28			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
52	Zuschlag zur Nr. 50 für eine über das Maß hinausgehende Untersuchung wie z. B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen. <i>Die Notwendigkeit der Leistung ist auf der Rechnung zu begründen. Die Leistung ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>	11,18	13,89			
53	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung und Untersuchung. <i>Die Leistung nach Nr. 53 darf nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden. Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45, 448-449</i>	23,27	28,96			
54	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag eines niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahme, 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>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 56, 60, 833</i>	46,54	57,92		14,02	14,02
56	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, je angefangene halbe Stunde - am Tag <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. Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448-449</i>	8,37	10,43			
57	Zuschlag für die Leistung nach Nr. 56 bei Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448-449</i>	8,37	10,43			
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt - am Tag - <i>Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem am Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger beteiligten Therapeuten (§ 1 Abs. 2 ÄV). Die Leistung nach der Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor, oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach der Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nummer der Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe, OP-Besprechung zwischen Operateur und Anästhesist). Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 36, 6002</i>	11,16	13,89		1,74	1,74
61	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 (zwischen 19 und 7 Uhr), sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	11,00	14,00			
62	Assistenz je angefangene halbe Stunde - die Leistungen sind anzugeben - am Tag <i>Nr. 62 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nummer 62 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i>	12,10	15,05		0,94	0,94
63	Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 62 zwischen 19 - 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	11,00	14,00			

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Ein „Besuch“ im Sinne dieses Abschnitts liegt vor, wenn der Arzt einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem der Arzt üblicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht ausübt. Ein Besuch liegt nur vor, wenn sich der Arzt zum Patienten (oder an den Ort eines Notfalles) begibt.
Ein „Besuch“ liegt nicht vor, wenn die Behandlung an einem Ort stattfindet, an den sich auch der Patient begeben muss, sei dies nun die regelmäßige Arbeitsstätte des Arztes, eine Zweitpraxis oder der Ort einer belegärztlichen Tätigkeit usw.
Ein Besuch liegt auch dann nicht vor, wenn der Arzt ohne Veranlassung des Patienten zu der Behandlung eines anderen Arztes (z.B. Operateur, Anästhesist) zur arbeitsteiligen Behandlung hinzugezogen wird.
2. Mit dem Wegegeld und der Reiseentschädigung für Fahrten mit dem PKW sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Die Wegegeldentschädigung kann nur für Besuche bei weniger als 25 km Entfernung abgerechnet werden. Längere Wege gelten als Reiseentschädigung.
Bei Benutzung anderer Verkehrsmittel können kein Wegegeld oder eine Reiseentschädigung abgerechnet werden. Hier können die tatsächlichen Aufwendungen abgerechnet werden. Der Unfallversicherungsträger kann einen Nachweis verlangen. Fahrten mit dem Taxi sind nur bei einem Notfall abrechenbar.
3. Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld bzw. die Reiseentschädigung unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
71	Wegegeld Die Pauschale ist für Besuche bis zu 25 km Entfernung abrechenbar. Bei weiteren Entfernungen und Reisen gilt das Bundesreisekostengesetz in der jeweils gültigen Fassung.	12,10	12,10			

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	Sachkosten
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			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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 unbekanntem 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

- Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten.
- 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 119.
- Portoauslagen für angeforderte oder gemäß Arztevertrag zu erstattende Berichte/Gutachten sind dem Arzt zu erstatten.
- Schreibgebühren sind in den Leistungen der Nrn. 117 - 119 enthalten. Darüber hinaus können Schreibgebühren ausschließlich nach Nr. 166 für Gutachten abgerechnet werden.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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			
117	Vordruck F 1110 Auskunft Klärung Arbeitsunfall, einschließlich Schreibgebühren <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i>	23,77	23,77			
118	Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers, einschließlich Schreibgebühren <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i>	42,42	42,42			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
119	Vordruck F 2160 BGSW - Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren Die Nr. 119 dient als Gesamtgebühr für F 2152 (BGSW-Aufnahmebericht), F 2156 (BGSW- Kurzbericht) und F 2160 (BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht). Die Gebühr wird fällig mit der Erstattung des ausführlichen Entlassungsberichtes. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i>	26,72	26,72			
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. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i>	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			

VI. a Bescheinigungen, Verordnungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Für nachfolgende Bescheinigungen und Verordnungen können die Leistungen nach der Nr. 143 - 143 I abgerechnet werden. Je Behandlungstag kann die Leistung maximal dreimal abgerechnet werden.
2. Schulunfähigkeitsbescheinigungen sind grundsätzlich nicht abrechenbar.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
143	Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3,69	3,69			
143 a	Bescheinigung zum Bezug des Kinderverletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes	3,69	3,69			
143 b	Bescheinigungen für Kleider- und Wäschemehrverschleiß	3,69	3,69			
143 c	Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen	3,69	3,69			
143 d	Verordnung für Krankentransport	3,69	3,69			
143 e	Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 19 Vertrag Ärzte/UV-Träger)	3,69	3,69			
143 f	Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402)	3,69	3,69			
143 g	Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406)	3,69	3,69			
143 h	Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2410), ABMR (F 2162)	3,69	3,69			
143 i	Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404)	3,69	3,69			
143 j	F 2902: Hinzuziehung/Überweisung (§ 12 ÄV)	3,69	3,69			
143 k	Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)	3,69	3,69			
143 l	Verordnung der ITT (Individuelle Tele-Therapie)	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	Sachkosten
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

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

Békésy-Audiometrie

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

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

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	Sachkosten
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 konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig. <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 tiefergehender 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			
166	Schreibgebühren für Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165, je Seite <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 110-119, 134</i>	5,15	5,15			
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			
191	je verlangte Kopie eines Befundes, eines Berichts, der Praxis- oder Stationsaufzeichnungen, der Karteiauszüge, etc. zuzüglich Porto	0,24	0,24			
192	Elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger	0,47	0,47			
193	Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV-Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 191</i>	10,35	10,35			

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	nied. Ärzte
200	Verband - ausgenommen Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -	4,59	5,71	1,19	3,54	4,73	1,28
201 A	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband - ausgenommen Nabelverband -	6,17	7,67	11,87	3,69	15,56	11,87
201 B	bei Verwendung von Tape Verbänden	6,17	7,67	21,87	3,69	25,56	21,87
202	Schanz'scher Halskrawattenverband	9,28	11,54	6,20	4,10	10,30	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>	9,28	11,54	2,04	4,10	6,14	4,50
203 B	Zinkleimverband <i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Gummilastik-Binden können an Stelle der Pauschgebühren die Selbstkosten berechnet werden.</i>	9,28	11,54	6,50	4,10	10,60	6,50
204	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Schulter- oder Hüftgelenks oder des Rumpfes	9,28	11,54	7,46	4,10	11,56	7,46
205	Rucksack- oder Désault-Verband <i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Fertigverbänden für Schlüsselbeinfrakturen sind die Selbstkosten zu berechnen.</i>	9,28	11,54	7,88	4,10	11,98	7,88
208	Tape-Verband an Fingern oder Zehen	7,81	9,73	0,48	5,24	5,72	3,45
209	Tape-Verband an großen Gelenken oder an Weichteilen der Gliedmaßen	14,67	18,23	8,00	9,77	17,77	14,94
210	Kleiner Schienenverband - auch als erster Notverband bei Frakturen -	7,81	9,73	5,43	3,69	9,12	5,43
211	Kleiner Schienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	6,37	7,91	1,52	2,25	3,77	1,65
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als erster Notverband bei Frakturen -	15,42	19,22	10,11	8,20	18,31	10,11
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	13,66	17,02	5,23	6,94	12,17	5,56
214	Abduktionsschienenverband	23,26	28,94	30,27	9,77	40,04	30,27
217	Streckverband	22,18	27,60	5,04	4,10	9,14	5,04
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	64,69	80,50	10,93	16,00	26,93	10,93
226 A	Gipshülse	9,28	11,54	7,46	4,10	11,56	7,46
226 B	bei Verwendung von Kunststoff	9,28	11,54	20,92	4,10	25,02	20,92
227	Thermoplastische Fingerschiene (einschließlich individueller Zurichtung und Anpassung)	19,93	24,79	7,46	7,48	14,94	7,46
228 A	Gippschienenverband Unterarm	18,47	22,98	2,98	6,94	9,92	5,33
228 B	bei Verwendung von Kunststoff	18,47	22,98	12,44	6,94	19,38	16,52
228 C	Gippschienenverband Unterschenkel oder Gipsantoffel	18,47	22,98	9,15	6,94	16,09	14,56
228 D	bei Verwendung von Kunststoff	18,47	22,98	30,40	6,94	37,34	30,40
229	Gippschienenverband bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	13,66	17,02	3,01	3,40	6,41	3,01
230 A	Zirkulärer Finger- oder Zehengipsverband einschließlich Hand- oder Fußgelenk	29,60	36,84	7,67	6,94	14,61	7,67

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	nied. Ärzte
230 B	bei Verwendung von Kunststoff	29,60	36,84	20,60	6,94	27,54	20,60
230 C	Zirkularer Unterarmgips einschließlich Hand	29,60	36,84	8,30	6,94	15,24	8,30
230 D	bei Verwendung von Kunststoff	29,60	36,84	16,64	6,94	23,58	16,64
230 E	Zirkulärer Gipsverband Unterschenkel einschließlich Fuß	29,60	36,84	15,35	6,94	22,29	15,35
230 F	bei Verwendung von Kunststoff	29,60	36,84	94,18	6,94	101,12	94,18
230 G	Zirkulärer Gipstutor	29,60	36,84	21,97	6,94	28,91	21,97
230 H	bei Verwendung von Kunststoff	29,60	36,84	62,86	6,94	69,80	62,86
231 A	Zirkulärer Gehgipsverband Unterschenkel mit Fuß	35,20	43,76	27,22	7,50	34,72	27,22
231 B	bei Verwendung von Kunststoff	35,20	43,76	122,14	7,50	129,64	122,14
231 C	Zirkulärer Gehgipsverband für das ganze Bein	35,20	43,76	36,37	7,50	43,87	36,37
231 D	bei Verwendung von Kunststoff	35,20	43,76	162,61	7,50	170,11	162,61
235 A	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -	73,97	92,06	29,01	9,77	38,78	29,01
235 B	bei Verwendung von Kunststoff	73,97	92,06	111,73	9,77	121,50	111,73
236 A	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	92,44	115,04	39,94	31,86	71,80	39,94
236 B	bei Verwendung von Kunststoff	92,44	115,04	133,38	31,86	165,24	133,38
237 A	Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm	37,03	46,07	5,23	7,50	12,73	8,71
237 B	bei Verwendung von Kunststoff	37,03	46,07	20,98	7,50	28,48	29,10
237 C	Zirkulärer Gipsverband für das ganze Bein	37,03	46,07	24,59	7,50	32,09	24,59
237 D	bei Verwendung von Kunststoff	37,03	46,07	135,17	7,50	142,67	135,17
237 E	Großer Gipsschienenverband	37,03	46,07	11,46	7,50	18,96	11,46
237 F	bei Verwendung von Kunststoff (Arm)	37,03	46,07	26,39	7,50	33,89	26,39
237 G	bei Verwendung von Kunststoff (Bein)	37,03	46,07	41,09	7,50	48,59	41,09
238	Gipsschienenverband über wenigstens zwei große Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene	29,32	36,49	5,47	7,50	12,97	5,47
239 A	Zirkulärer Gipsverband Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	73,97	92,06	63,39	9,77	73,16	63,39
239 B	bei Verwendung von Kunststoff	73,97	92,06	172,91	9,77	182,68	172,91
240 A	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	92,44	115,04	95,75	31,86	127,61	95,75
240 B	bei Verwendung von Kunststoff	92,44	115,04	295,26	31,86	327,12	295,26
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	11,14	13,87	3,99	1,83	5,82	3,99
	<i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Fertigverbänden sind die Selbstkosten zu berechnen</i>						
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbandes	14,86	18,48		2,69	2,69	
247 A	Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	11,14	13,87	1,89	4,10	5,99	1,89
247 B	Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	11,14	13,87	11,77	4,10	15,87	11,77
247 C	bei Verwendung von Kunststoff	11,14	13,87	22,84	4,10	26,94	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	Sachkosten
--------	----------	----------------	---------------	-------------	--------------	------------

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	3,90	4,87		2,43	2,43
250 a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	3,90	4,87		2,43	2,43
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	5,86	7,29		3,69	3,69
251 a	Blutentnahme zum Zwecke der Alkoholbestimmung. <i>Befundbericht, Kosten der Koller-Venüle und Versandkosten sind mit der Gebühr abgegolten.</i>	57,27	57,27		3,69	3,69
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,90	4,87		2,25	2,25
253	Injektion, intravenös	6,86	8,49		2,43	2,43
254	Injektion, intraarteriell	7,81	9,73		2,82	2,82
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	9,28	11,54		4,25	4,25
256	Injektion in den Periduralraum	18,08	22,49		7,50	7,50
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	39,08	48,66		7,37	7,37
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	17,58	21,89		7,23	7,23
259	Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	58,61	72,95		17,84	17,84
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>	19,53	24,32		5,95	5,95
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>	2,94	3,66		1,41	1,41
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	43,97	54,72		18,41	18,41
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	8,79	10,95		4,54	4,54
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	11,72	14,58		4,54	4,54
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	5,86	7,29		3,54	3,54
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	8,79	10,95		3,97	3,97
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	5,86	7,29		3,40	3,40
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retro-bulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	7,81	9,73		3,97	3,97
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	12,71	15,80		6,94	6,94
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	19,53	24,32		6,94	6,94
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>	34,21	42,54		6,94	6,94
270	Infusion, subkutan	7,81	9,73		4,25	4,25
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	11,72	14,58		4,25	4,25
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	17,58	21,89		5,38	5,38
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>	17,58	21,89		5,38	5,38

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	31,29	38,93		13,72	13,72
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	35,20	43,76		15,41	15,41
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	52,76	65,67		22,65	22,65
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	17,58	21,89		6,94	6,94
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	23,47	29,20		7,23	7,23
279	Infusion in das Knochenmark	17,58	21,89		4,81	4,81
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>	32,25	40,13		12,88	12,88
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>	43,97	54,72		24,93	24,93
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>	14,67	18,23		8,36	8,36
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters -	48,87	60,82		20,94	20,94
284	Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme -	8,79	10,95		3,97	3,97
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband -	10,75	13,41		4,10	4,10
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) -	21,51	26,76		8,64	8,64
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) -	9,77	12,18		3,97	3,97
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	78,19	97,29		25,47	25,47
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung -	22,48	27,98		8,64	8,64

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - 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 -	34,21	42,54		13,17	13,17
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	11,72	14,58		5,67	5,67
291	Implantation von Hormonpreßlingen	6,86	8,49		3,82	3,82
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	4,40	5,48		2,97	2,97
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	3,90	4,87		2,54	2,54

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	Sachkosten
300	Punktion eines Gelenks <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440</i>	11,72	14,58		6,07	6,07
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440</i>	15,63	19,46		6,51	6,51
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430, 3440</i>	24,43	30,41		8,09	8,09
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	7,81	9,73		2,82	2,82
304	Punktion der Augenhöhle	15,63	19,46		6,51	6,51
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	34,21	42,54		12,74	12,74
305 a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	24,43	30,41		11,18	11,18
306	Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge - oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	48,87	60,82		10,48	10,48
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	24,43	30,41		6,79	6,79
308	Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion -	34,21	42,54		7,64	7,64
310	Punktion des Herzbeutels	34,21	42,54		12,74	12,74
311	Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	19,53	24,32		7,64	7,64
312	Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -	29,32	36,49		7,78	7,78
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	11,72	14,58		6,51	6,51
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	24,43	30,41		7,23	7,23
316	Punktion des Douglasraums	24,43	30,41		8,09	8,09
317	Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	34,21	42,54		10,76	10,76
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	11,72	14,58		6,79	6,79
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	19,53	24,32		7,78	7,78
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation -	4,89	6,06		3,13	3,13

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	39,08	48,66		10,48	10,48
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	9,77	12,18		3,82	3,82
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	12,71	15,80		3,82	3,82
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	29,32	36,49		12,02	12,02
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	14,67	18,23		8,20	8,20
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	14,67	18,23		5,95	5,95
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>	48,87	60,82		9,05	9,05
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>	48,87	60,82		9,05	9,05
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	58,61	72,95		37,82	37,82
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>	49,51	49,51		37,82	37,82
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	39,08	48,66		25,19	25,19
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>	33,01	33,01		25,19	25,19
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	48,87	60,82		20,39	20,39
357 a	Leistung nach Nummer 357, jedoch im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351.	41,24	41,24		20,39	20,39
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>	97,71	121,61		40,77	40,77

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	58,61	72,95		24,48	24,48
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	39,08	48,66		16,44	16,44
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	39,08	48,66		16,44	16,44
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ -	19,53	24,32		8,20	8,20
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	27,37	34,05		11,47	11,47
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	24,43	30,41		10,21	10,21
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	14,67	18,23		6,23	6,23

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	Sachkosten
375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpfaß -	4,89	6,06		2,43	2,43
376	Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch -	7,81	9,73		2,43	2,43
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	4,89	6,06		2,43	2,43
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	11,72	14,58		5,38	5,38
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).	2,94	3,66			
379 a	Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 (ohne spezifische Aufbereitung, nativ)	6,72	6,72			
379 b	Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 (mit spezifischer Aufbereitung)	13,44	13,44			
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	3,34	4,17		2,26	2,26
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	2,23	2,79		1,45	1,45
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)	1,67	2,07		1,11	1,11

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
382 a	Zuschlag für Epikutanteste, die nicht der Standardreihe angehören. Je Test:	2,54	2,54		1,61	1,61
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	2,94	3,66		1,14	1,14
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	3,90	4,87		1,27	1,27
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	4,40	5,48		1,98	1,98
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	2,94	3,66		1,27	1,27
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) <i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	1,95	2,45		0,85	0,85
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	3,42	4,26		1,83	1,83
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	2,46	3,03		1,41	1,41
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	5,86	7,29		1,98	1,98
391	Intrakutantest, jeder weitere Test <i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	3,90	4,87		1,27	1,27
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	9,77	12,18		5,24	5,24
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	29,32	36,49		19,25	19,25
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	27,37	34,05		14,87	14,87
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	54,72	68,11		29,59	29,59
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	37,14	46,22		12,88	12,88
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	74,28	92,42		25,47	25,47
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	19,53	24,32		10,62	10,62

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	Sachkosten
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>	33,01	33,01		26,05	26,05
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>	24,43	30,41		16,28	16,28
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>	14,67	18,23		9,77	9,77
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - einschließlich 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>	20,63	20,63		16,28	16,28
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler -	16,51	16,51		13,03	13,03
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	16,51	16,51		13,03	13,03
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	19,53	24,32		13,03	13,03
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>	19,53	24,32		9,20	9,20
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.	41,99	41,99		19,81	19,81
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.	11,99	11,99		5,67	5,67
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	27,37	34,05		12,88	12,88
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	27,37	34,05		12,88	12,88
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	20,54	25,53		9,77	9,77

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten -	20,54	25,53		9,77	9,77
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>	7,81	9,73		3,69	3,69
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -	19,53	24,32		11,75	11,75
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -	48,87	60,82		29,31	29,31
424	Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)	68,42	85,13		40,92	40,92

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	14,67	18,23		3,40	3,40
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>	21,51	26,76		4,96	4,96
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation -	39,08	48,66	2,21	4,54	6,75
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>	39,08	48,66		21,66	21,66
431	Elektrokardioskopie im Notfall	9,77	12,18		6,51	6,51
433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	13,66	17,02		9,05	9,05

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 stationersetzender Eingriffe.
Zur Entscheidung, ob eine Operation unter ambulanten oder stationären Bedingungen durchzuführen ist, wird der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe“ nach Anlage 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende 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 Durchgangsarzte, 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. Durchgangsarzte 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. Durchgangsarzte 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 Durchgangsarzte 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>	33,11
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>	42,99
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>	23,35
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, 3400. <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>	80,62
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>	139,72

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, 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, 3410, 3420, 3430, 3440. <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>	236,46
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>	24,85
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>	53,83
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>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448a, 449</i>	41,99
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>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 449</i>	49,68
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>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 448a</i>	74,53

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	Sachkosten
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>	33,12	68,92	9,46	9,60	19,06
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	6,17	7,67		3,97	3,97
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	3,90	4,87		1,83	1,83
2008	Wund- oder Fistelspaltung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	8,79	10,95		5,95	5,95
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	9,77	12,18		5,67	5,67

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
451	Intravenöse Kurznarkose	11,83	14,71	4,94	4,10	9,04
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	18,56	23,10	4,94	5,38	10,32
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, - ggfs. Kehlkopfanaästhesie, - ggf. Magensonde - bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten	136,74	136,74	15,35	39,21	54,56
	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 Allgemeinanaästhesie 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 Allgemeinanaästhesie mit endotrachealer Intubation)</i>					
463	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer	46,23	46,23	5,57	12,84	18,41
464	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen Schmerzausschaltung	26,57	26,57	2,73	5,53	8,26
469	Kaudalanästhesie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	24,43	30,41	6,83	3,69	10,52

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
470	<p>Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard (rückenmarknahe Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter (z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus und/oder N. Femoralis und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich</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. 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. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i></p>	84,44	84,44	2,73	11,74	14,47
471	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie	26,57	26,57	1,54	3,73	5,27
472	Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität.	26,57	26,57	2,73	5,53	8,26
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 Neben der Leistung nach Nr. 473 sind die Leistungen nach Nrn. 602, 614 und 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i></p>	46,77	46,77	1,48	23,76	25,24
474	Zuschlag zu den Leistungen nach 473 für jede weitere angefangene Viertelstunde	23,37	23,37	0,37	4,88	5,25
475	Überwachung einer kontinuierlichen Regionalanästhesie nach Nr. 470 mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 470 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag. Nur berechenbar im Zusammenhang mit Operationen an der Schulter bei begründeter Indikation. Berechenbar für max. 3 Tage.	59,80	59,80	20,07	16,75	36,82

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	84,44	84,44	4,56	11,74	16,30
477	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt	37,14	46,22	6,83	5,38	12,21
477 a	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	18,56	23,10	2,00	5,38	7,38
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i>	22,48	27,98	6,83	2,69	9,52
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	11,26	13,99	2,21	2,69	4,90
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	21,69	27,03		5,10	5,10
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i>	46,41	57,75		9,77	9,77
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte- gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig	4,50	5,61		3,13	3,13
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	4,50	5,61		3,13	3,13
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	4,50	5,61		3,13	3,13
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	4,50	5,61		3,13	3,13
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens -	14,15	17,65		5,67	5,67
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	5,96	7,41	1,48	2,82	4,30
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>	11,83	14,71	2,23	5,38	7,61
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>	5,96	7,41	1,15	2,69	3,84
494	Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusnästhesie -	11,83	14,71	2,94	5,38	8,32
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	11,83	14,71	2,94	5,38	8,32
496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	37,14	46,22	6,62	5,38	12,00
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i>	21,51	26,76		4,39	4,39

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>	29,32	36,49		3,69	3,69

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 -	3,71	4,62
501	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z. B. Bird-Respirator)	8,41	10,47

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 -	8,32	10,33
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	11,72	14,58
507	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -	7,81	9,73
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	10,75	13,41
509	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	3,71	4,62
510	Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung	6,86	8,49

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

514	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	10,26	12,76
515	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	3,71	4,62
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,37	7,91
518	Prothesengebrauchsschulung des Patienten - gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson -, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	11,72	14,58

III. Massagen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
520	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,40	5,48
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	6,37	7,91
523	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,37	7,91
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	3,42	4,26
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	5,38	6,69
527	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	9,19	11,43
528	Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (Behandlungszeit 20 Minuten)	13,02	16,20

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)	17,45	21,72

IV. Hydrotherapie und Packungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	3,42	4,26
531	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,50	5,61
532	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	7,43	9,24
533	Subaquales Darmbad	14,67	18,23

V. Wärmebehandlung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
535	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	3,22	4,01
536	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine)	4,98	6,21
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	3,90	4,87
539	Ultraschallbehandlung	4,29	5,36

VI. Elektrotherapie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.
548	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	3,59	4,50
549	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	5,38	6,69
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>	4,68	5,83
552	Iontophorese	4,29	5,36
552 A	Leitungswasser-Iontophorese	8,62	10,69
553	Vierzellenbad	4,50	5,61
554	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	8,89	11,08
555	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	11,72	14,58
558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	11,72	14,58

VII. Lichttherapie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	3,02	3,77			
561	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,02	3,77			
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>	4,50	5,61			
563	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	4,50	5,61			
564	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	8,89	11,08			
565	Photochemotherapie, je Sitzung					
	Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. Creme-PUVA) kann zusätzlich die Nr. 567 abgerechnet werden.	11,72	14,58			

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
566	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	48,87	60,82			
567	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	8,89	11,08			
569	Photo-Patch-Test (belichteter Lappchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	2,94	3,66			
570	<p>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 cm² der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche¹, ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüberhinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen.</p> <p>Die Leistung kann nur mit Zustimmung des UV-Trägers erbracht werden.</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2</i></p>	120,71	120,71		60,36	60,36
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.	59,99	59,99		28,79	28,79
572	<p>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.</p>	41,99	41,99		21,00	21,00

*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	Sachkosten
573	<p>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.</p> <p>*Bestrahlungsgeräte mit Zulassung als Medizinprodukt, Richtlinie 93/42 EWG</p> <p>*1Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.</p>	89,97	89,97		44,99	44,99
575	<p>Laserbehandlung von aktinischen Keratosen bis zu 7 cm² Gesamtfläche¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation</p>	66,24	82,46		31,80	31,80
576	<p>Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 7 cm² bis 21 cm² Gesamtfläche¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation</p>	91,92	114,40		44,13	44,13
577	<p>Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 21 cm² Gesamtfläche¹ nur nach nachgewiesenem, dokumentiertem Versagen anderer Therapieformen (PDT und selbstapplizierbare Flächentherapie) inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlung inkl. Fotodokumentation</p> <p><i>Die Leistung kann nur nach Genehmigung des UV-Trägers erbracht werden.</i></p> <p><i>Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.</i></p>	229,38	285,44		110,11	110,11

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	7,13	8,88		1,83	1,83
601	Hyperventilationsprüfung	4,29	5,36		2,82	2,82
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -	14,86	18,48		9,91	9,91
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>	8,79	10,95		5,95	5,95
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>	15,63	19,46		10,48	10,48
605	Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	23,65	29,42		15,86	15,86
605 a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -	13,66	17,02		9,05	9,05
606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhe-spirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie -	37,03	46,07		24,77	24,77
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	23,65	29,42		15,86	15,86
608	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	7,43	9,24		4,96	4,96
609	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	17,79	22,13		11,90	11,90
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>	59,12	73,58		39,63	39,63
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters -	59,12	73,58		39,63	39,63
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>	73,97	92,06		49,55	49,55
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	14,67	18,23		9,77	9,77
615	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	22,18	27,60		14,87	14,87
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>	29,60	36,84		19,82	19,82
617	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	33,33	41,48		22,37	22,37

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
618	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	33,33	41,48		22,37	22,37
620	Rheographische Untersuchung der Extremitäten <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	14,86	18,48		9,91	9,91
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	12,41	15,42		8,36	8,36
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	17,79	22,13		11,90	11,90
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>	13,66	17,02		9,20	9,20
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>	32,25	40,13		21,54	21,54
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>	97,71	121,61		47,85	47,85
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>	146,59	182,43		57,34	57,34
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>	78,19	97,29		52,09	52,09
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>	195,46	243,21		130,25	130,25
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>	88,73	110,42		59,46	59,46
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle -	108,48	135,01		72,62	72,62
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>	118,26	147,17		79,14	79,14
634	Lichtreflex-Rheographie	11,72	14,58		7,93	7,93
635	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	22,18	27,60		14,87	14,87
636	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen)	37,03	46,07		24,77	24,77

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung -	22,18	27,60		14,87	14,87
638	Punktuelle Arterien - und/oder Venenpulsschreibung	11,83	14,71		7,93	7,93
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)	44,39	55,21		29,74	29,74
640	Phlebodynamometrie	63,54	79,04		42,47	42,47
641	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung	40,35	50,23		27,06	27,06
642	Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	54,15	67,39		36,25	36,25
643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	11,72	14,58		7,93	7,93
644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	17,58	21,89		11,90	11,90
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	63,54	79,04		43,02	43,02
646	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisierung sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	59,12	73,58		39,63	39,63
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -	21,51	26,76		14,32	14,32
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, - einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle -	59,12	73,58		39,63	39,63
649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung -	63,54	79,04		42,33	42,33
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG -	14,86	18,48		9,91	9,91
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)	24,72	30,78		16,57	16,57
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung -	43,51	54,13		29,18	29,18
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege	24,72	30,78		16,57	16,57
<i>Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -	14,67	18,23		9,77	9,77
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	14,86	18,48		9,91	9,91

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hischen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	177,85	221,35		119,07	119,07
657	Vektorkardiographische Untersuchung	24,72	30,78		16,57	16,57
659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	39,08	48,66		26,05	26,05
660	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen - einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung -	29,60	36,84		19,82	19,82
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - gegebenenfalls mit Magnettest -	51,80	64,47		34,69	34,69
665	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparat ohne Kohlensäurebestimmung	11,83	14,71		7,93	7,93
666	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparat mit Kohlensäurebestimmung	22,18	27,60		14,87	14,87
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	20,70	25,80		13,88	13,88
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	11,72	14,58		7,78	7,78
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit -	11,72	14,58		7,78	7,78
672	Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert -	11,72	14,58		7,78	7,78
674	Anlage eines Pneumothorax - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	36,16	44,99		24,20	24,20
675	Pneumothoraxfüllung - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -	26,87	33,45		17,98	17,98
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	78,19	97,29		65,27	65,27
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	58,61	72,95		19,40	19,40
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) - gegebenenfalls einschließlich Lavage -	87,96	109,44		24,63	24,63
679	Mediastinoskopie - gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion -	107,49	133,78	5,47	37,10	42,57
680	Ösophagoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	53,76	66,89		24,63	24,63
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	80,64	100,36		47,71	47,71
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	83,07	103,38		19,53	19,53
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	97,71	121,61		45,74	45,74
684	Bulboskopie - gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	117,27	145,94		45,74	45,74

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
685	Duodeno-/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	131,92	164,18		45,74	45,74
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion -	146,59	182,43		45,74	45,74
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	146,59	182,43		45,74	45,74
688	Partielle Koloskopie - gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -	87,96	109,44		45,74	45,74
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeex-zision und/oder Probepunktion -	68,42	85,13		11,61	11,61
690	Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	34,21	42,54		11,61	11,61
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösopha-gusvarizen - gege-benenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	136,79	170,27		45,74	45,74
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	185,69	231,06		53,80	53,80
692 a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 -	39,08	48,66		7,93	7,93
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus- einschließlich Sondeneinführung -	29,32	36,49		5,67	5,67
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	48,87	60,82		8,48	8,48
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>	39,08	48,66		8,20	8,20
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 -	19,53	24,32		8,20	8,20
697	Saugbiopsie des Dünndarms - gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion -	39,08	48,66		8,78	8,78
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	19,53	24,32		13,72	13,72
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	11,72	14,58		8,20	8,20
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	78,19	97,29	2,73	16,00	18,73
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>	102,63	127,70	4,21	19,40	23,61
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	48,87	60,82		22,37	22,37
705	Proktoskopie	14,86	18,48		5,10	5,10
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	58,61	72,95		12,45	12,45

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	17,58	21,89		8,78	8,78
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes <i>Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>	21,51	26,76		1,83	1,83
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	6,73	8,39		1,83	1,83
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	10,75	13,41		1,83	1,83
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung <i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>	24,55	30,52		8,36	8,36
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	24,55	30,52		8,36	8,36
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung - gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson -, Dauer mindestens 45 Minuten <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>	29,32	36,49		19,68	19,68
726	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen - einschließlich aller dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmer Schlaf - als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten <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>	29,32	36,49		19,68	19,68
730	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. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 10a, 731</i>	9,21	9,21		3,17	3,17
731	Leistung: 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. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 730</i>	18,42	18,42		6,32	6,32

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
735	Leistung nach Nr. 2 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.	20,54	20,54		3,69	3,69
736	Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nachvorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger. Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten.	29,32	36,49			
737	Kopie und Versand von Hauttestprotokollen, zuzüglich Porto	3,77	3,77		3,77	3,77
738	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.	12,02	12,02		12,02	12,02
739	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	17,58	21,89			
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	6,94	8,64		2,13	2,13
740 a	Kryochirurgische oder chemochirurgische Therapie aktinischer Keratosen. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden.	15,48	15,48		3,87	3,87
741	Verschörfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	7,43	9,24		2,13	2,13
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	16,13	20,07		2,82	2,82
743	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	7,34	9,14		1,83	1,83
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	7,81	9,73		2,43	2,43
745	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	4,50	5,61		3,82	3,82
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	4,50	5,61		2,69	2,69
747	Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	4,29	5,36		2,43	2,43
748	Hautdrainage	7,43	9,24		3,69	3,69
750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	11,72	14,58		6,94	6,94
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion -	14,67	18,23		3,26	3,26

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 575-577</i>	30,00	30,00		7,50	7,50
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.	14,40	14,40		7,20	7,20
755	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	23,47	29,20		6,23	6,23
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen	11,83	14,71		6,94	6,94
758	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	7,34	9,14		2,69	2,69
759	Bestimmung der Alkalinisationszeit	7,43	9,24		4,96	4,96
760	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	11,83	14,71		7,93	7,93
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau -	7,43	9,24		2,25	2,25
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	12,71	15,80		8,20	8,20
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - gegebenenfalls einschließlich Naht -	14,46	17,99	5,47	6,94	12,41
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	18,56	23,10		8,48	8,48
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	27,37	34,05	5,47	8,20	13,67
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung	21,98	27,37		11,04	11,04
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	4,89	6,06		2,69	2,69
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	13,66	17,02		5,51	5,51
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	23,65	29,42		8,20	8,20
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	7,43	9,24		3,40	3,40
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	26,87	33,45		13,60	13,60
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Spülung	32,25	40,13		16,44	16,44
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	5,38	6,69		3,69	3,69
790	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse <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>	48,87	60,82		13,72	13,72

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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 Dialysehilfpersonal, 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>	31,29	38,93		8,91	8,91
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 Dialysehilfpersonal, 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>	42,99	53,50		12,19	12,19
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 Dialysehilfpersonal, 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>	11,26	13,99		3,40	3,40
796	<p>Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation</p>	14,86	18,48		9,91	9,91

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 - Die Leistung ist nur für Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen und Neuropädiater berechnungsfähig und im Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechenbar. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 825, 826, 830, 1400</i>	20,54	25,53		5,48	5,48
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson - <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 715-718, 825, 826, 830, 1400</i>	24,43	30,41		5,10	5,10
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -	14,67	18,23		3,69	3,69
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	24,43	30,41		5,10	5,10
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>	39,08	48,66		5,10	5,10
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 -	39,08	48,66		1,98	1,98
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	48,87	60,82		5,10	5,10
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen -	17,58	21,89		3,69	3,69
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maß-nahmen	17,58	21,89		3,69	3,69
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirn-nerven, als selbständige Leistung	8,13	10,10		1,83	1,83
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 800, 1412</i>	9,67	12,02		1,83	1,83
827	Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen -	59,12	73,58		39,63	39,63
827 a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - ein-schließlich Aufzeichnung und Auswertung -	92,83	115,52		61,89	61,89
828	Messung visuell, akustisch, somatosensorisch oder magnetisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP, MEP)	59,12	73,58		39,63	39,63

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächen Elektroden - gegebenenfalls einschließlic	15,63	19,46		10,48	10,48
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschema-störungen	7,81	9,73		1,83	1,83
831	Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen -	7,81	9,73		3,69	3,69
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	15,42	19,22		8,36	8,36
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. Daneben nicht abrechenbar: Nr. 55</i>	27,86	34,65		8,36	8,36
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	6,25	7,78		1,83	1,83
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	18,56	23,10		8,36	8,36
837	Elektrische Konvulsionstherapie	26,68	33,21		9,05	9,05
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	53,76	66,89		35,96	35,96
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungs geschwindigkeit	68,42	85,13		45,85	45,85
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	68,42	85,13		45,85	45,85
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik <i>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>	48,87	60,82		32,57	32,57
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	14,67	18,23		3,69	3,69
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	14,67	18,23		3,69	3,69
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	4,40	5,48		1,58	1,58
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	22,48	27,98		5,10	5,10
855	Projektive Testverfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. Rorschach-Test, TAT, ...) je Test	35,99	35,99		14,65	14,65
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>	53,98	53,98		22,08	22,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	17,99	17,99		7,29	7,29
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>	89,91	111,89		29,01	29,01
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	67,43	83,93		12,45	12,45
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	33,69	41,96		6,51	6,51
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	67,43	83,93		12,45	12,45
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	33,69	41,96		6,51	6,51
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	33,69	41,96		3,69	3,69
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -	73,31	91,20		13,60	13,60
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>	14,67	18,23		2,82	2,82
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	48,87	60,82		8,78	8,78
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	68,42	85,13		12,45	12,45
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	19,53	24,32		3,40	3,40

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	Sachkosten
1001	Tokographische Untersuchung	11,72	14,58		7,93	7,93
1002	Externe kardiotokographische Untersuchung	19,53	24,32		13,17	13,17
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>	37,03	46,07		24,77	24,77
1004	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung. Die Leistung nach Nummer 1004 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nummer 1004 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1-15, 1005</i>	35,20	43,76		1,83	1,83
1005	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>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1-15, 1004</i>	29,32	36,49		2,82	2,82
1010	Amnioskopie	14,46	17,99		5,10	5,10
1011	Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	25,99	32,36		7,64	7,64
1012	Blutentnahme beim Fetus	7,25	9,01		3,69	3,69
1013	Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -	17,40	21,65		10,76	10,76
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99		11,34	11,34
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - gegebenenfalls einschließlich Eipollösung -	14,46	17,99		7,64	7,64
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	25,99	32,36		3,69	3,69
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	127,03	158,11		5,10	5,10
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	54,15	67,39		28,04	28,04
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	81,30	101,21		36,53	36,53
1027	Entbindung durch Zange	81,30	101,21		34,27	34,27
1028	Äußere Wendung	36,16	44,99		6,94	6,94
1029	Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion -	108,48	135,01		35,53	35,53
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>	36,16	44,99		8,36	8,36
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	190,58	237,15		68,25	68,25
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	225,76	280,93	46,78	47,85	94,63

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	198,40	246,88	46,78	54,10	100,88
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	270,71	336,86	46,78	54,10	100,88
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage -	34,21	42,54		7,78	7,78
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	80,54	100,20		26,33	26,33
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	54,15	67,39		26,33	26,33
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>	60,61	75,41	15,66	20,83	36,49
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>	41,06	51,09	15,66	20,11	35,77
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>	90,30	112,37	23,33	27,17	50,50
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	225,76	280,93	31,11	60,18	91,29
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes -	28,92	35,99		4,96	4,96
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	28,92	35,99		22,37	22,37
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	18,08	22,49		3,82	3,82
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89		19,40	19,40
1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	78,19	97,29		22,37	22,37
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - <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>	117,27	145,94		54,10	54,10
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37		22,37	22,37
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	18,08	22,49		9,05	9,05
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	17,40	21,65		6,07	6,07
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	23,47	29,20		6,07	6,07
1070	Kolposkopie	7,13	8,88		3,26	3,26
1075	Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen -	4,40	5,48		2,69	2,69
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	10,36	12,90		6,07	6,07
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung	5,76	7,18		6,51	6,51
1082	Ausstopfung der Gebärmutter - gegebenenfalls einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung	17,40	21,65		9,77	9,77

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	6,86	8,49		3,40	3,40
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	11,52	14,36		8,78	8,78
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99		8,78	8,78
1086	Konisation der Portio <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99		17,56	17,56
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	5,38	6,69		2,69	2,69
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	9,09	11,32		6,51	6,51
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32		16,00	16,00
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	5,08	6,31		2,69	2,69
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	10,36	12,90		2,69	2,69
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	5,08	6,31		2,69	2,69
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	225,76	280,93	31,11	54,10	85,21
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	14,46	17,99		7,64	7,64
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - gegebenenfalls einschließlich Naht - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99	7,78	13,03	20,81
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99	7,78	13,03	20,81
1099	Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,24	78,70	7,78	13,03	20,81
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	14,46	17,99		12,02	12,02
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen -	18,08	22,49		12,02	12,02
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 -	63,24	78,70	7,46	13,03	20,49
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	17,58	21,89		11,75	11,75
1110	Hysteroskopie	43,39	53,99		6,07	6,07
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	8,20	15,98
1112	Tubendurchblasung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99		10,05	10,05
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	41,06	51,09		11,75	11,75
1114	Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens -	36,16	44,99		17,13	17,13
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>	63,24	78,70	11,77	33,40	45,17
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>	162,23	201,88	23,33	46,29	69,62

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	31,14	38,92
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschuß der Scheide	270,71	336,86	23,33	50,40	73,73
1123 a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	221,85	276,09	23,33	50,40	73,73
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	361,57	449,98	23,33	65,27	88,60
1125	Vordere Scheidenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	15,66	47,85	63,51
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	126,05	156,88	15,66	55,63	71,29
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	162,23	201,88	23,33	63,57	86,90
1128	Scheiden- und Portioplastik - gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik -	216,94	269,98	31,11	68,38	99,49
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>	72,21	89,89	15,66	35,10	50,76
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,03	46,07	3,68	13,03	16,71
1135	Zervixamputation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	7,78	24,20	31,98
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbstständige Leistung	37,03	46,07	3,68	6,94	10,62
1137	Vaginale Myomenukleation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	126,05	156,88	31,11	41,20	72,31
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	270,71	336,86	38,89	70,08	108,97
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	325,43	404,99	46,78	103,08	149,86
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	32,55	40,50	3,68	13,03	16,71
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>	54,15	67,39	11,77	28,75	40,52
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>	162,23	201,88	38,89	49,27	88,16
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	216,94	269,98	46,78	54,10	100,88
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	144,64	179,99	38,89	52,53	91,42
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	244,30	304,04	54,34	68,38	122,72
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	342,05	425,64	54,34	103,37	157,71
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>	78,19	97,29	3,68	19,40	23,08

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1156	Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen einesPortioadapters einschließlich Durchführungintraabdominaler Eingriffe - gegebenenefalls ein-schließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	102,63	127,70	31,11	40,06	71,17
1158	Kuldoskopie - auch mit operativen Eingriffen -	72,21	89,89	7,78	28,75	36,53
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile - auch Vulvektomie - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	162,23	201,88	23,33	40,06	63,39
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	270,71	336,86	23,33	106,74	130,07
1161	Uterusamputation, supravaginal	144,64	179,99	31,11	70,08	101,19
1162	Abdominale Myomenukleation	180,81	224,98	31,11	70,79	101,90
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen - gegebenenefalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darm-harnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplas-tik und Beckenbodenplastik -	270,71	336,86	46,78	54,10	100,88
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	306,85	381,87	46,78	71,34	118,12
1166	Radikaloperation des Zervixkrebsses, vaginaloder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	451,49	561,86	62,22	91,89	154,11
1167	Radikaloperation des Zervixkrebsses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	478,87	595,93	62,22	106,74	168,96
1168	Exenteration des kleinen Beckens	576,58	717,51	62,22	106,74	168,96

I. Augenheilkunde

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	5,76	7,18		3,69	3,69
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	8,68	10,83		3,69	3,69
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	7,25	9,01		5,10	5,10
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	5,86	7,29		5,10	5,10
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	4,40	5,48		3,69	3,69
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	6,86	8,49		4,54	4,54
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test) <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	1,95	2,45		1,41	1,41
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	22,29	27,71		12,45	12,45
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	29,32	36,49		17,29	17,29
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gegebenenfalls Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	12,90	16,07		9,49	9,49
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontaktlinsen (Haftschalen) - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie - <i>Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht getragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig. Daneben nicht abrechenbar: Nr. 2</i>	19,35	24,08		13,60	13,60
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	11,83	14,71		6,94	6,94
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus - gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	8,89	11,08		5,10	5,10
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 2</i>	23,65	29,42		9,77	9,77
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelerkrankungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	68,42	85,13		19,40	19,40
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster -	11,83	14,71		5,80	5,80
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	17,79	22,13		5,10	5,10
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	24,24	30,15		9,36	9,36
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben(z. B. Farbtafeln)	5,96	7,41		1,83	1,83

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	17,79	22,13		5,10	5,10
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	47,29	58,86		16,00	16,00
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.</i>					
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	8,89	11,08		3,40	3,40
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	8,89	11,08		3,40	3,40
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	8,89	11,08		3,40	3,40
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	58,61	72,95		39,22	39,22
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) -	7,25	9,01		3,69	3,69
1241	Gonioskopie	14,86	18,48		6,94	6,94
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampen-mikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung -	14,86	18,48		6,94	6,94
1243	Diasklerale Durchleuchtung	5,96	7,41		3,69	3,69
1244	Exophthalmometrie	4,89	6,06		5,10	5,10
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes -	23,65	29,42		13,72	13,72
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes -	47,29	58,86		31,57	31,57
	<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	26,68	33,21		9,77	9,77
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	26,68	33,21		9,77	9,77
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	9,77	12,18		4,96	4,96
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundus-fotographie	14,67	18,23		7,37	7,37
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	6,86	8,49		1,83	1,83
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	9,77	12,18		3,69	3,69
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes -	23,65	29,42		10,76	10,76
1259	Pupillographie	23,65	29,42		15,86	15,86
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	54,72	68,11		36,66	36,66
1262	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, erste Messung	23,65	29,42		10,76	10,76
1263	Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung	14,86	18,48		9,05	9,05
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	14,86	18,48		14,72	14,72

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten	14,86	18,48		14,72	14,72
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	5,27	6,55		5,10	5,10
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	4,50	5,61		1,83	1,83
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	3,59	4,50		1,83	1,83
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	7,25	9,01		2,69	2,69
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	14,86	18,48	2,50	5,10	7,60
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	27,16	33,81	2,50	7,64	10,14
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	9,77	12,18		5,67	5,67
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels -	126,05	156,88	5,47	31,86	37,33
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern	216,94	269,98	7,46	58,75	66,21
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	14,86	18,48		8,48	8,48
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>	54,15	67,39	5,47	13,03	18,50
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>	90,30	112,37	7,46	16,00	23,46
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	7,78	24,20	31,98
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöchernen Gerüst	146,59	182,43	7,78	24,20	31,98
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)	180,81	224,98	7,78	24,20	31,98
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,16	33,81	5,47	6,94	12,41
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	7,25	9,01		2,54	2,54
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	12,71	15,80		2,54	2,54
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	14,86	18,48	5,47	1,83	7,30
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals	12,90	16,07		2,43	2,43
1299	Tränensackexstirpation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	5,47	16,00	21,47
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfenestrierung	119,23	148,37	5,47	24,20	29,67
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	5,47	11,34	16,81
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	5,47	8,20	13,67
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	22,48	27,98		1,83	1,83

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	7,46	9,77	17,23
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	5,47	20,83	26,30
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	7,46	20,83	28,29
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	144,64	179,99	7,78	20,83	28,61
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	7,46	28,75	36,21
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	180,81	224,98	7,78	28,75	36,53
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 -	180,81	224,98	15,66	28,75	44,41
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	5,08	6,31		1,83	1,83
1321	Operation des Flügelfells <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99	5,47	9,77	15,24
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	162,23	201,88	7,46	52,53	59,99
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	6,53	8,16		2,69	2,69
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhaut-wunde	22,48	27,98	5,47	11,61	17,08
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenen-falls mit Bindehautdeckung -	108,48	135,01	7,46	31,86	39,32
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Ver-sorgung von Regenbogenhaut und Linse	180,81	224,98	7,46	28,75	36,21
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	315,66	392,83	14,82	71,34	86,16
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,46	47,85	55,31
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>	54,15	67,39	4,21	16,00	20,21
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	7,46	47,85	55,31
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>	72,21	89,89	4,10	16,00	20,10
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	5,48	6,80		1,83	1,83
1339	Abschabung der Hornhaut	14,46	17,99		3,69	3,69
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelent-fernung	18,08	22,49		5,10	5,10
1341	Tätowierung der Hornhaut	32,55	40,50		6,07	6,07
1345	Hornhautplastik	162,23	201,88	7,46	52,53	59,99
1346	Hornhauttransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	270,71	336,86	7,46	76,04	83,50
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese)	296,11	368,50	7,46	76,04	83,50

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars	81,30	101,21	5,47	19,40	24,87
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - gegebenenfalls mit Extraktion zurückge-bliebener Linsenteile - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	180,81	224,98	6,10	47,85	53,95
1350	Staroperation - gegebenenfalls mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	231,61	288,24	5,47	47,85	53,32
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	270,71	336,86	7,78	78,58	86,36
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	175,92	218,89	7,78	52,53	60,31
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	81,30	101,21	7,78	28,75	36,53
1354	Extraktion der luxierten Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	216,94	269,98	7,78	58,75	66,53
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	7,78	28,75	36,53
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	5,47	11,34	16,81
1357	Hintere Sklerotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	5,47	11,34	16,81
1358	Zyklodialyse, Iridektomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,71	121,61	5,47	40,06	45,53
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	48,87	60,82	5,47	21,24	26,71
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,71	121,61		46,73	46,73
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	180,81	224,98	5,47	47,85	53,32
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	296,11	368,50	7,46	76,04	83,50
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37		55,93	55,93
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	5,47	25,47	30,94
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	216,94	269,98	5,47	55,93	61,40
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	296,11	368,50	5,47	55,93	61,40
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	180,81	224,98		55,93	55,93
1370	Operative Entfernung des Augapfels	90,30	112,37	7,46	24,20	31,66
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	126,05	156,88	7,78	31,86	39,64
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	180,81	224,98	7,78	55,93	63,71
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	108,48	135,01	7,46	27,32	34,78
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>	298,06	370,93	5,47	14,87	20,34

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	342,05	425,64	7,78	16,99	24,77
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	144,64	179,99	7,78	39,35	47,13
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,37	34,05	5,47	6,94	12,41
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	195,46	243,21	7,46	58,75	66,21
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	270,71	336,86	7,46	58,75	66,21
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	244,30	304,04	7,46	58,75	66,21
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung	244,30	304,04	7,46	58,75	66,21
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	81,11	100,94	7,78	28,75	36,53
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	126,05	156,88	7,78	31,86	39,64

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1400	Genauere Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	7,43	9,24		1,83	1,83
1401	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	5,86	7,29		1,83	1,83
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 -	15,42	19,22		10,33	10,33
1403 a	Kopie und Versand von Tonschwellenaudiogrammen - auch beiderseits - zuzüglich Porto	3,77	3,77		3,77	3,77
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>	15,42	19,22		10,33	10,33
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	6,17	7,67		4,10	4,10
1406	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen - gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>	17,79	22,13		11,90	11,90
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	17,79	22,13		11,90	11,90
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	86,79	107,99		58,05	58,05
1409	Messung otoakustischer Emissionen <i>Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>	39,08	48,66		26,05	26,05
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	8,89	11,08		1,83	1,83
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	25,89	32,22		17,41	17,41
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	4,10	5,11		1,83	1,83
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	8,89	11,08		1,83	1,83
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	11,83	14,71		4,10	4,10
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	9,77	12,18		2,69	2,69
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums - gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder - <i>Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.</i>	17,58	21,89		5,24	5,24
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	4,89	6,06		2,69	2,69
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	9,77	12,18		4,81	4,81

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	9,28	11,54		3,40	3,40
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	7,78	3,40	11,18
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	7,43	9,24		3,69	3,69
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probe-exzision	11,62	14,46	7,78	5,38	13,16
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	8,89	11,08		5,67	5,67
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	3,52	4,38		2,69	2,69
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99		11,75	11,75
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	36,16	44,99		11,75	11,75
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	12,71	15,80		8,48	8,48
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>	28,92	35,99	7,78	9,77	17,55
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32		14,72	14,72
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	19,40	27,18
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>	162,23	201,88	15,66	100,22	115,88
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>	231,61	288,24	15,66	138,03	153,69
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	361,57	449,98	23,33	200,18	223,51
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	723,18	899,94	31,11	375,90	407,01
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	78,19	97,29	11,77	19,40	31,17
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	107,49	133,78	23,33	31,99	55,32
1455	Plastische Operation zum Verschluß einer Nasenscheidewandperforation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	53,76	66,89	7,78	21,24	29,02
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	22,66	28,23		11,75	11,75
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99		19,82	19,82
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	126,05	156,88	15,66	31,86	47,52
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	7,25	9,01		5,67	5,67
1465	Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -	11,62	14,46		5,10	5,10

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 -	17,40	21,65		7,64	7,64
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	39,78	49,50		14,32	14,32
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99		12,74	12,74
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	54,15	67,39		20,83	20,83
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus - einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand -	72,21	89,89	7,78	24,20	31,98
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle - gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	11,77	40,06	51,83
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	21,69	27,03		11,75	11,75
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen <i>Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.</i>	216,94	269,98	15,66	63,57	79,23
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -	17,40	21,65		7,64	7,64
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -	5,76	7,18		2,69	2,69
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	4,40	5,48		2,69	2,69
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>	90,30	112,37	15,66	31,86	47,52
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	108,48	135,01	15,66	40,06	55,72
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	144,64	179,99	15,66	47,85	63,51
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	180,81	224,98	15,66	63,57	79,23
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	126,05	156,88	15,66	40,06	55,72
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99		14,87	14,87
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	108,48	135,01	7,78	44,46	52,24
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	216,94	269,98	15,66	63,57	79,23
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	7,78	40,06	47,84
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	4,29	5,36		2,69	2,69
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	45,27	56,32		17,84	17,84
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	72,21	89,89		26,20	26,20
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	32,55	40,50	7,78	9,77	17,55
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	14,46	17,99		7,64	7,64
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	18,08	22,49		7,64	7,64
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	5,48	6,80		3,82	3,82
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	9,09	11,32		4,25	4,25
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	45,27	56,32		24,32	24,32

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1510	Schlitzung des Parotis- oder SubmandibularisAusführungsganges - gegebenenfalls einschließlic Entfernung von Stenosen -	18,56	23,10		7,64	7,64
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	18,08	22,49		7,08	7,08
1512	Teilweise Entfernung der Zunge - gegebenenfalls einschließlic Unterbindung der Arteria lingualis -	108,48	135,01	15,66	28,75	44,41
1513	Keilexzision aus der Zunge <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	7,78	13,03	20,81
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	216,94	269,98	23,33	66,69	90,02
1518	Operation einer Speichelfistel	72,21	89,89	7,78	17,70	25,48
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	7,78	17,70	25,48
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	87,96	109,44	7,78	31,86	39,64
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	180,81	224,98	15,66	41,20	56,86
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis - gegebenenfalls einschließlic Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes -	195,46	243,21	23,33	47,85	71,18
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	4,50	5,61		2,43	2,43
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	7,43	9,24		4,39	4,39
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettament im Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99		4,10	4,10
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39		13,46	13,46
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	14,86	18,48		7,37	7,37
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	17,79	22,13		8,48	8,48
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	17,79	22,13		8,48	8,48
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	48,87	60,82		28,15	28,15
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32		12,32	12,32
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,24	78,70		16,99	16,99
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	180,81	224,98	15,66	50,82	66,48
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	135,84	169,04	7,78	31,00	38,78
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	180,81	224,98	15,66	50,82	66,48
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	161,25	200,66	23,33	47,85	71,18
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes - einschließlic Zungenbeinresektion und Pharynx-plastik -	180,81	224,98	23,33	50,82	74,15
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	216,94	269,98	23,33	62,15	85,48
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes - einschließlic Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen -	361,57	449,98	38,89	111,56	150,45
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreocondrotomie - einschließlic plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels -	270,71	336,86	31,11	106,74	137,85
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	201,34	250,53	31,11	62,15	93,26
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	117,27	145,94	23,33	64,13	87,46
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	29,32	36,49		14,87	14,87

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie -	293,18	364,86	46,78	106,74	153,52
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>	11,62	14,46		4,10	4,10
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfangs und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	11,62	14,46		4,10	4,10
1557	Elektroglottographische Untersuchung	10,36	12,90		7,50	7,50
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopfloren (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	14,46	17,99		4,54	4,54
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	20,22	25,17		5,10	5,10
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	20,22	25,17		5,10	5,10
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfropfen, auch beidseitig	4,40	5,48		1,83	1,83
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	4,40	5,48		1,83	1,83
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	7,25	9,01		4,54	4,54
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	18,08	22,49		6,07	6,07
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	7,25	9,01		3,69	3,69
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	14,46	17,99		5,10	5,10
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	12,71	15,80		5,10	5,10
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>	31,29	38,93		16,00	16,00
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	4,40	5,48		2,43	2,43
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	3,90	4,87		2,43	2,43
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang -	6,86	8,49		4,39	4,39
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	8,68	10,83		4,10	4,10
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	12,71	15,80		6,07	6,07
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>	28,92	35,99		11,75	11,75

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	54,15	67,39	7,78	19,40	27,18
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	2,94	3,66		1,83	1,83
1590	Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig	7,25	9,01		3,97	3,97
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	3,90	4,87		1,83	1,83
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	180,81	224,98	7,78	50,82	58,60
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	144,64	179,99	7,78	43,47	51,25
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01		45,01	45,01
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	162,23	201,88	7,78	47,85	55,63
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume -	270,71	336,86	15,66	79,43	95,09
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 -	162,23	201,88	15,66	47,85	63,51
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 -	270,71	336,86	15,66	79,43	95,09
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	144,64	179,99	7,78	31,86	39,64
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	7,78	31,86	39,64
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01		36,80	36,80
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	229,67	285,81	7,78	62,59	70,37
1614	Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	306,85	381,87	7,78	79,43	87,21
1620	Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes -	229,67	285,81	7,78	76,04	83,82
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	108,48	135,01	7,78	31,86	39,64
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,42	85,13	7,78	26,48	34,26
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - gegebenenfalls einschließlich Interposition -	229,67	285,81	7,78	62,59	70,37
1624	Dekompression des Sacculus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	229,67	285,81	7,78	62,59	70,37
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	216,94	269,98	7,78	62,59	70,37

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	129,97	161,74	7,78	26,48	34,26
1628	Plastischer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	16,00	23,78
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	361,57	449,98	7,78	111,56	119,34
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	24,20	31,98
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	86,67	107,88	7,78	46,58	54,36
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	136,79	170,27	7,78	62,59	70,37
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>	439,77	547,26	31,11	200,18	231,29
1639	Unterbindung der Vena jugularis	54,15	67,39	7,78	16,00	23,78

K. Urologie

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	4,40	5,48		2,25	2,25
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	7,25	9,01		4,10	4,10
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, erste Sitzung	17,40	21,65		9,20	9,20
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	14,46	17,99		9,20	9,20
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	54,15	67,39	11,77	22,52	34,29
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	7,34	9,14		4,10	4,10
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	5,86	7,29		2,82	2,82
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung	5,76	7,18		2,82	2,82
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	7,25	9,01		4,10	4,10
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	11,62	14,46		9,20	9,20
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>	28,92	35,99		20,66	20,66
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	22,48	27,98	7,78	14,87	22,65
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	29,32	36,49		14,57	14,57
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	54,15	67,39	15,66	28,75	44,41
1721	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch Naht	54,15	67,39	19,66	32,41	52,07
1722	Verschluß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	108,48	135,01	19,66	57,50	77,16
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	162,23	201,88	31,11	57,50	88,61
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	162,23	201,88	31,11	57,50	88,61
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	5,76	7,18		4,25	4,25
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	10,16	12,65		6,51	6,51
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	3,59	4,50		1,83	1,83
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -	7,25	9,01		5,67	5,67
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>	7,25	9,01		4,25	4,25
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	3,90	4,87		2,69	2,69
1737	Meatomie	7,25	9,01	5,78	4,10	9,88
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	23,33	22,52	45,85

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	5,86	7,29		2,43	2,43
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	28,92	35,99	11,77	9,77	21,54
1741	Phimoseoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	11,77	9,77	21,54
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	8,32	10,33	5,78	1,83	7,61
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	54,15	67,39	31,11	22,52	53,63
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	108,48	135,01	54,34	28,04	82,38
1747	Penisamputation	54,15	67,39	38,89	17,70	56,59
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistenrösen - einschließlich Verlagerung der Harnröhre -	216,94	269,98	62,22	55,93	118,15
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	244,30	304,04	38,89	59,33	98,22
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	312,72	389,16	46,78	86,37	133,15
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	90,30	112,37	31,11	33,40	64,51
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	244,30	304,04	38,89	78,42	117,31
1753	Entfernen einer Penisprothese	53,76	66,89	7,78	17,70	25,48
1754	Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penis-gefäßen und/oder Skrotalfächern - einschließlich graphischer Registrierung -	17,58	21,89		11,04	11,04
1755	Unterbindung eines Samenleiters - auch mit Teilresektion -, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	11,77	12,45	24,22
1756	Unterbindung beider Samenleiter - auch mit Teilresektion(en) -, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	81,30	101,21	11,77	17,70	29,47
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	54,15	67,39	7,78	14,72	22,50
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	108,48	135,01	31,11	28,04	59,15
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	273,63	340,53	7,78	141,02	148,80
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	144,64	179,99	23,33	55,93	79,26
1761	Operation eines Wasserbruchs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	23,33	17,70	41,03
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	117,27	145,94	23,33	40,34	63,67
1763	Einlegen einer Hodenprothese	72,32	89,97	15,66	17,70	33,36
1764	Entfernen einer Hodenprothese	44,95	55,94	7,78	14,72	22,50
1765	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	54,34	17,70	72,04
1766	Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	117,27	145,94	77,79	33,40	111,19
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	23,33	14,72	38,05
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	117,27	145,94	31,11	33,40	64,51
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	54,34	43,74	98,08
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	90,30	112,37	23,33	33,40	56,73

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	144,64	179,99	31,11	43,74	74,85
1774	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	5,86	7,29		3,69	3,69
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) - gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat -	4,40	5,48		2,69	2,69
1776	Eröffnung eines Prostataabzesses vom Damm aus	36,16	44,99	7,78	12,02	19,80
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	90,30	112,37	31,11	47,85	78,96
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	180,81	224,98	70,01	66,69	136,70
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	253,10	314,98	70,01	78,42	148,43
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	180,81	224,98	77,79	47,85	125,64
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließ-muskels	270,71	336,86	77,79	78,42	156,21
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	108,48	135,01	15,66	28,04	43,70
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	180,81	224,98	70,01	57,19	127,20
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknoten-entfernung	342,05	425,64	77,79	94,15	171,94
1785	Zystoskopie	20,22	25,17		11,34	11,34
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	34,69	43,18		17,84	17,84
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	24,62	30,64		13,03	13,03
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	28,92	35,99		14,87	14,87
1789	Chromozystoskopie - einschließlich intravenöser Injektion -	31,75	39,52	2,31	17,84	20,15
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken -	36,16	44,99		19,68	19,68
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	14,46	17,99		8,48	8,48
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	20,70	25,80		12,62	12,62
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>	39,08	48,66		26,20	26,20
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>	66,45	82,70		44,46	44,46
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	26,68	33,21		17,84	17,84
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	72,21	89,89	15,66	17,70	33,36
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung	34,69	43,18		17,29	17,29
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>	53,76	66,89		35,96	35,96
1799	Nierenbeckendruckmessung	14,67	18,23		8,64	8,64
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99		39,63	39,63

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters -	144,64	179,99	38,89	44,46	83,35
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch einschließlich Probeexzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	24,20	31,98
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>	108,48	135,01	7,78	31,86	39,64
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung	180,81	224,98	38,89	47,85	86,74
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	180,81	224,98	38,89	57,19	96,08
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	216,94	269,98	54,34	111,01	165,35
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	397,75	494,98	54,34	111,01	165,35
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung -	469,10	583,75	62,22	111,01	173,23
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	450,52	560,66	62,22	111,01	173,23
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters <i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>	33,24	41,34		19,68	19,68
1814	Harnleiterbougie	87,96	109,44		40,23	40,23
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums - <i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01		40,23	40,23
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	47,02	58,51		22,10	22,10
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	216,94	269,98	31,11	66,69	97,80
1818	Ureterektomie - gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette -	270,71	336,86	54,34	78,42	132,76
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	366,48	456,06	38,89	166,06	204,95
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig	253,10	314,98	31,11	78,42	109,53
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	325,43	404,99	54,34	111,01	165,35
1825	Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	270,71	336,86	54,34	78,42	132,76
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	45,27	56,32	7,78	17,70	25,48
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie - gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistungen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	146,59	182,43		40,50	40,50
1828	Ureterpyeloskopie - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung -	146,59	182,43		40,50	40,50
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	253,10	314,98	38,89	78,42	117,31
1829 a	Ureterolyse, als selbständige Leistung <i>Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	108,48	135,01	31,11	47,85	78,96

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
1830	Operative Freilegung einer Niere - gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses -	108,48	135,01	31,11	47,85	78,96
1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	144,64	179,99	38,89	47,85	86,74
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	162,23	201,88	7,78	57,75	65,53
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	23,17	28,82		13,28	13,28
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes - ohne Eröffnung des Nierenbeckens -, als selbständige Leistung	144,64	179,99	62,22	47,85	110,07
1835	Trennung der Hufeisenniere	315,66	392,83	77,79	85,80	163,59
1836	Nierenpolresektion, als selbständige Leistung	270,71	336,86	62,22	85,80	148,02
1837	Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	162,23	201,88	62,22	47,85	110,07
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	216,94	269,98	38,89	62,15	101,04
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	270,71	336,86	46,78	62,15	108,93
1840	Nierenbeckenplastik	270,71	336,86	46,78	62,15	108,93
1841	Nephrektomie	216,94	269,98	54,34	62,15	116,49
1842	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) -	315,66	392,83	62,22	103,08	165,30
1843	Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) -	406,52	505,93	77,79	201,46	279,25
1845	Implantation einer Niere	487,64	606,85	116,57	241,69	358,26
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	406,52	505,93	116,57	201,46	318,03
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	315,66	392,83	77,79	156,45	234,24
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	216,94	269,98		107,59	107,59
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	342,05	425,64		169,47	169,47
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	635,21	790,50	116,57	314,87	431,44
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel - gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	122,16	152,01	7,78	60,46	68,24
1852	Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel -	68,42	85,13	7,78	40,64	48,42
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung <i>Neben der Leistung nach Nummern 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.</i>	117,27	145,94	15,66	58,05	73,71
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	315,66	392,83	77,79	156,45	234,24
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	406,52	505,93	116,57	201,46	318,03
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Fein-einstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle -, je Sitzung	586,37	729,69		627,63	627,63

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	6,86	8,49		3,40	3,40
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.	12,71	15,80	5,41	4,10	9,51
	Besondere Kosten bei Verwendung von Gewebekleber: 8,50 Euro					
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	15,63	19,46	5,47	6,23	11,70
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	12,71	15,80		7,23	7,23
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	23,47	29,20	9,40	11,34	20,74
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>	33,12	68,92	9,46	9,60	19,06
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	6,17	7,67		3,97	3,97
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	3,90	4,87		1,83	1,83
2008	Wund- oder Fistelspaltung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	8,79	10,95		5,95	5,95
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	9,77	12,18		5,67	5,67
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>	31,38	111,15	7,78	11,04	18,82

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n)in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang - gegebenenfalls ein-schließlich Spülung -	5,86	7,29		3,26	3,26
2016	Wundreinigungsbad - mit und ohne Zusatz -	4,50	5,61		2,13	2,13

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	Sachkosten	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.		107,29				
2019	Erstanlage einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung Die Untersuchung, Beratung, Einweisung in Handhabung und Pflege des Systems, die Vorbereitung der Wunde und Anlage der Wundaufgabe sind Bestandteil der Leistung. Neben der Pauschale der Besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: 1, 2, 2000-2016, 2018, 2020-2065</i>		46,21	10,00	14,46	24,46	10,00
2020	Wechsel einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung Der Wechsel der Wundaufgabe und des Behälters, die Behandlung an der Wunde sowie die Neuanlage der Wundaufgabe, die Untersuchung und Beratung sind Bestandteil der Leistung. 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. <i>Daneben nicht abrechenbar: 1, 2, 2000-2016, 2018, 2020-2065</i>		31,63	10,00	7,22	17,22	10,00

II. Extremitätenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperrre an einer Extremität	4,89	6,06		1,70	1,70

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie - gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels -	12,71	15,80		7,37	7,37
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	15,66	87,55		8,76	8,76
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	24,43	30,41		10,33	10,33
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	5,57	6,94		3,69	3,69
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	11,14	13,87	5,78	4,10	9,88
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe - auch mit Defektdeckung -	17,58	21,89	5,78	6,94	12,72
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	4,40	5,48		1,83	1,83
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	5,78	18,12	23,90
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	68,42	85,13	5,78	32,15	37,93
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	107,49	133,78	7,78	43,47	51,25
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	141,71	176,34	7,78	49,13	56,91
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	166,13	206,75	11,77	60,88	72,65
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	58,61	72,95	7,78	18,12	25,90
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik	175,92	218,89	15,66	60,88	76,54
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	58,61	72,95	7,78	18,12	25,90
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	7,78	18,12	25,90
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	234,54	291,87	31,11	78,86	109,97
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypo-plasie	234,54	291,87	38,89	78,86	117,75
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	684,08	851,30	116,57	338,95	455,52
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	781,82	972,91	116,57	387,51	504,08
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	19,05	46,47	4,94	5,65	10,59
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	7,25	9,01		4,54	4,54
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>	48,87	60,82	7,35	9,05	16,40
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i>	12,32	15,33		4,54	4,54
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	23,33	25,47	48,80
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	24,43	30,41		12,32	12,32

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,97	54,72		21,81	21,81
2067	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	162,23	201,88	15,03	47,85	62,88
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	162,23	201,88	7,78	47,71	55,49
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	180,81	224,98	22,60	54,10	76,70
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	7,78	16,00	23,78
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht - gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	53,83	104,98	15,66	24,36	40,02
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	107,49	133,78	15,66	19,40	35,06
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	7,78	25,47	33,25
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	92,83	115,52	7,78	25,47	33,25
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	7,78	16,00	23,78
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>	90,30	112,37	15,66	24,20	39,86
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	161,25	200,66	15,66	47,85	63,51
2083	Freie Sehnentransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	161,25	200,66	23,33	47,85	71,18
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	39,78	49,50	7,78	16,14	23,92
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	15,66	24,20	39,86
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	107,49	133,78	15,66	28,75	44,41
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>	175,92	218,89	23,33	60,88	84,21
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung	6,17	7,67		3,97	3,97
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	15,66	25,47	41,13
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	73,31	91,20	7,78	21,66	29,44
2093	Spülung bei liegender Drainage	4,89	6,06		3,13	3,13

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119 und 2136 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig. Für arthroskopische Leistungen wird auf die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L. XVII. Arthroskopie verwiesen.

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	27,16	33,81	7,78	6,94	14,72
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	15,66	13,03	28,69
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	108,48	135,01	31,11	24,20	55,31
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk - gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen -	180,81	224,98	46,78	54,10	100,88
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	225,76	280,93	46,78	72,06	118,84
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	45,54	155,09	7,78	11,04	18,82
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	15,66	24,20	39,86
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	73,31	91,20	7,78	19,40	27,18
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	15,66	24,20	39,86
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	23,33	36,11	59,44
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	180,81	224,98	23,33	40,06	63,39
2117	Meniskusoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	23,33	40,06	63,39
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,54	79,04	7,78	20,66	28,44
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	15,66	40,06	55,72
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,54	79,04	7,78	19,40	27,18
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	127,03	158,11	15,66	28,75	44,41
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	54,15	67,39	7,78	16,99	24,77
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	108,48	135,01	15,66	35,26	50,92
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	180,81	224,98	38,89	41,20	80,09
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	216,94	269,98	46,78	63,57	110,35
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende - gegebenenfalls mit Osteosynthese -	270,71	336,86	46,78	79,43	126,21
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,54	79,04	7,78	19,40	27,18
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	127,03	158,11	15,66	28,75	44,41
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks - auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material -	270,71	336,86	38,89	79,43	118,32

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	205,23	255,37	38,89	63,57	102,46
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	15,66	24,20	39,86
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	136,79	170,27	38,89	28,75	67,64
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	162,23	201,88	38,89	34,84	73,73
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	205,23	255,37	38,89	41,20	80,09
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,71	121,61	15,66	35,26	50,92
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	175,92	218,89	15,66	79,43	95,09
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	263,88	328,35	38,89	107,89	146,78
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	474,97	591,06	46,78	215,78	262,56
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	351,80	437,82	54,34	79,43	133,77
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	633,26	788,06	54,34	249,18	303,52
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	175,92	218,89	54,34	79,43	133,77
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	316,64	394,03	54,34	107,89	162,23
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie - auch Pfannendachplastik -	205,23	255,37	62,22	79,43	141,65
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Trans-plantate	270,71	336,86	62,22	107,89	170,11
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	486,69	605,64	62,22	215,78	278,00
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	361,57	449,98	62,22	107,89	170,11
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	650,85	809,96	62,22	249,18	311,40
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	361,57	449,98	62,22	107,89	170,11
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	650,85	809,96	62,22	249,18	311,40
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	14,46	17,99		9,49	9,49
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,54	79,04		19,68	19,68
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	90,30	112,37		36,11	36,11
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	7,78	13,60	21,38
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	90,30	112,37	23,33	31,86	55,19
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	108,48	135,01	31,11	35,26	66,37
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	126,05	156,88	31,11	41,20	72,31
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	144,64	179,99	62,22	44,46	106,68
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	180,81	224,98	77,79	55,93	133,72
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	361,57	449,98	77,79	107,89	185,68
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials - gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation -	586,37	729,69	38,89	249,18	288,07

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	312,72	389,16	62,22	107,89	170,11
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese - einschließlich operativer Versteifung des Gelenks -	312,72	389,16	62,22	107,89	170,11
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	7,78	10,76	18,54
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti - einschließlich plastischer Deckung -	108,48	135,01	15,66	40,06	55,72
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens - einschließlich plastischer Deckung -	90,30	112,37	23,33	32,28	55,61
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich - einschließlich plastischer Deckung -	108,48	135,01	46,78	40,06	86,84
2174	Amputation im Oberschenkelbereich - einschließlich plastischer Deckung -	126,05	156,88	46,78	47,02	93,80
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	22,18	27,60		5,10	5,10
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	37,03	46,07		8,20	8,20
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelerletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	72,32	89,97	7,78	19,40	27,18
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	97,71	121,61	7,78	35,81	43,59

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	Sachkosten
2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	72,21	89,89		19,40	19,40
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	108,48	135,01		38,37	38,37
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	9,09	11,32		2,25	2,25
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	13,66	17,02		3,97	3,97
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	14,46	17,99		4,10	4,10
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks	21,51	26,76		8,20	8,20
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	36,16	44,99		14,32	14,32
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	58,61	72,95	7,78	23,65	31,43
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	27,16	33,81		8,20	8,20
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	41,06	51,09		16,00	16,00
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	11,77	38,37	50,14
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	36,16	44,99		13,03	13,03
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	52,76	65,67		16,00	16,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	180,81	224,98	15,66	43,47	59,13
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	36,16	44,99		8,09	8,09
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks	52,76	65,67		16,00	16,00
2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	180,81	224,98	38,89	43,47	82,36
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	219,86	273,63	54,34	47,85	102,19
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	10,85	13,49		8,20	8,20
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	16,60	20,66		13,03	13,03
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	39,08	48,66	23,33	13,03	36,36
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	78,19	97,29	23,33	22,95	46,28
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	97,71	121,61	23,33	38,37	61,70
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaig-nac) oder der Luxation eines Sternoklavikular-gelenks	11,72	14,58		7,78	7,78
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	87,96	109,44	15,66	32,28	47,94
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	72,21	89,89		16,00	16,00
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	108,48	135,01		31,86	31,86
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	53,76	66,89		16,00	16,00
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	46,23	57,54		11,34	11,34
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	162,23	201,88	38,89	47,85	86,74
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation - einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	180,81	224,98	38,89	43,47	82,36
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne - einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates -	270,71	336,86	54,34	107,89	162,23
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 - einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben -	315,66	392,83	62,22	107,89	170,11
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	144,64	179,99	38,89	44,46	83,35
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik - auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie -	270,71	336,86	46,78	107,89	154,67
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	439,77	547,26	62,22	128,28	190,50

V. Knochenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	45,27	56,32	7,78	22,52	30,30

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteo-synthese	126,05	156,88	23,33	36,11	59,44
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	180,81	224,98	23,33	48,54	71,87
2253	Knochenspanentnahme <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	63,24	78,70	7,78	24,20	31,98
2254	Implantation von Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	17,70	25,48
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	144,64	179,99	15,66	40,06	55,72
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	7,78	20,11	27,89
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	78,19	97,29	15,66	25,47	41,13
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	117,27	145,94	15,66	36,11	51,77
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	146,59	182,43	7,78	40,06	47,84
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	180,81	224,98	15,66	48,54	64,20
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>	162,23	201,88	31,11	62,15	93,26
2265	Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) -	270,71	336,86	54,34	85,80	140,14
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	180,81	224,98	54,34	48,54	102,88
2267	Knochenzerbrechung	45,27	56,32		8,20	8,20
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	175,92	218,89	15,66	48,54	64,20
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	175,92	218,89	23,33	48,54	71,87
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	7,78	31,86	39,64
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -	180,81	224,98	23,33	48,54	71,87
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	225,76	280,93	38,89	72,06	110,95
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	270,71	336,86	46,78	79,43	126,21
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	55,43	68,95		9,77	9,77
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	342,05	425,64	54,34	93,59	147,93
2279	Chemonukleolyse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	58,61	72,95		14,87	14,87
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	110,91	138,02		31,86	31,86
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	136,79	170,27	38,89	37,94	76,83
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzel-lösung, Prolapsabtragung und Bandscheiben-ausräumung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	38,89	40,06	78,95
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	180,81	224,98	38,89	48,54	87,43

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	54,15	67,39	7,78	9,77	17,55
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung -	144,64	179,99	23,33	40,06	63,39
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material -	244,30	304,04	38,89	79,43	118,32
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	361,57	449,98	46,78	95,87	142,65
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	53,76	66,89	7,78	9,77	17,55
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung -	390,90	486,47	46,78	114,41	161,19
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/-oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpflanzung -	270,71	336,86	46,78	107,89	154,67
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	89,91	111,89	15,66	25,47	41,13
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	108,48	135,01	31,11	44,46	75,57
2293	Operation einer Steißbeinfistel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	7,78	13,03	20,81
2294	Steißbeinresektion	54,15	67,39	15,66	17,70	33,36
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	45,27	56,32	7,78	22,52	30,30
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	11,77	31,86	43,63
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>	115,33	143,49	15,66	85,80	101,46

VI. Frakturbehandlung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	18,47	22,98		7,78	7,78
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	22,18	27,60		9,49	9,49
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	73,97	92,06		19,40	19,40
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	73,97	92,06		22,52	22,52
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	14,86	18,48		5,80	5,80
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins - einschließlich Nagelung und/oder Drahtung -	55,43	68,95	23,33	17,70	41,03
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	22,18	27,60		6,94	6,94
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	46,23	57,54		8,20	8,20

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	33,33	41,48		6,94	6,94
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	46,23	57,54		10,76	10,76
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	73,97	92,06		13,03	13,03
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	22,18	27,60		5,10	5,10
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	244,30	304,04	38,89	79,43	118,32
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	361,57	449,98	46,78	95,87	142,65
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	273,63	340,53	38,89	135,49	174,38
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	46,23	57,54		5,80	5,80
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial -	63,54	79,04	23,33	9,77	33,10
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	7,43	9,24		3,69	3,69
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedern der Fingerknochen	14,86	18,48		6,94	6,94
2338 a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -	18,08	22,49	7,78	4,10	11,88
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>	76,52	227,79	7,78	26,87	34,65
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches	54,15	67,39	15,66	13,03	28,69
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teil-exstirpation	108,48	135,01	23,33	29,59	52,92
2345	Tibiakopferschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	90,30	112,37	31,11	26,33	57,44
2346	Beck'sche Bohrung	27,16	33,81	5,47	8,20	13,67
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	30,64	227,66	11,77	6,96	18,73
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>	45,97	227,66	11,77	14,99	26,76
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	31,11	29,59	60,70
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	162,23	201,88	31,11	62,15	93,26
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	144,64	179,99	31,11	54,10	85,21
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	216,94	269,98	31,11	85,80	116,91
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen - auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	30,64	61,38	7,78	3,49	11,27

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	90,30	112,37	23,33	26,89	50,22
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	23,33	28,75	52,08
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>	144,64	179,99	31,11	45,01	76,12
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	270,71	336,86	54,34	79,43	133,77
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	205,23	255,37	38,89	79,43	118,32

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	30,29	37,71	5,47	9,05	14,52
2381	Einfache Hautlappenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	86,40	108,00	5,47	7,68	13,15
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	86,40	108,00	15,66	14,99	30,65
2383	Vollhauttransplantation - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,71	121,61	15,66	38,37	54,03
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	11,77	17,70	29,47
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>	117,27	145,94	15,66	38,37	54,03
2386	Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	67,22	83,67	7,78	17,70	25,48
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	129,97	161,74	15,66	38,37	54,03
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	146,59	182,43	15,66	46,29	61,95
2392	Anlage eines Rundstiellappens	87,96	109,44	7,78	26,33	34,11
2392 a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	97,71	121,61	23,33	38,37	61,70
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	17,70	25,48

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2394	Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	215,00	267,55	15,66	85,80	101,46
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	244,30	304,04	23,33	85,80	109,13
2396	Implantation eines Hautexpanders <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	87,96	109,44	15,66	43,74	59,40
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	58,61	72,95	15,66	29,01	44,67
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	10,85	13,49	5,47	3,69	9,16
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	13,00	16,16	5,47	5,10	10,57
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>	36,16	44,99	7,78	13,03	20,81
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>	11,01	13,70	5,47	4,32	9,79
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Faziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	87,03	108,80	7,78	11,04	18,82
2405	Entfernung eines Schleimbeutels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	30,64	91,02	7,78	11,04	18,82
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst - gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	225,76	280,93	38,89	71,34	110,23
2408	Ausräumung des Lymphstromgebietes einer Axilla	107,49	133,78	23,33	36,97	60,30
2410	Operation eines Mammatumors <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,21	89,89	7,78	13,60	21,38
2411	Absetzen einer Brustdrüse	90,30	112,37	23,33	13,60	36,93
2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	136,79	170,27	31,11	46,29	77,40
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	225,76	280,93	31,11	71,34	102,45
2414	Reduktionsplastik der Mamma	273,63	340,53	31,11	91,60	122,71
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	195,46	243,21	31,11	76,31	107,42
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -	293,18	364,86	31,11	91,60	122,71
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	78,19	97,29	15,66	25,47	41,13
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	78,19	97,29	15,66	25,47	41,13

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	117,27	145,94	15,66	38,37	54,03
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammoprothese, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	107,49	133,78	15,66	38,37	54,03
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	58,61	72,95	7,78	29,01	36,79
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) - auch mit Drainage(n) -	39,08	48,66	5,47	13,88	19,35
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	7,81	9,73		3,69	3,69
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	21,51	26,76		9,20	9,20
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	29,60	36,84		11,75	11,75
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	37,03	46,07		13,03	13,03
2432	Eröffnung einer Phlegmone	46,23	57,54		13,03	13,03
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	78,19	97,29	7,78	25,47	33,25
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	39,08	48,66	7,78	13,88	21,66
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	87,96	109,44	15,66	31,86	47,52
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	78,19	97,29	15,66	25,47	41,13
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	29,32	36,49	5,47	10,76	16,23
2450	Operation des Rhinophyms	58,61	72,95	7,78	24,93	32,71
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie -	244,30	304,04	23,33	79,43	102,76
2452	Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes -	136,79	170,27	23,33	46,29	69,62
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	195,46	243,21	31,11	76,31	107,42
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	90,30	112,37	15,66	13,60	29,26

VIII. Neurochirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	180,81	224,98	22,60	76,31	98,91
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels - einschließlich Reimplantation von Knochenstücken -	302,97	377,00	22,60	91,60	114,20
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	268,75	334,44	15,03	79,43	94,46
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom	513,06	638,47	15,03	229,23	244,26
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik	439,77	547,26	22,60	215,78	238,38
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	293,18	364,86	15,03	91,60	106,63
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	366,48	456,06	15,03	94,72	109,75

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) - gegebenfalls einschließlich Drainage -	175,92	218,89	15,03	76,31	91,34
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	439,77	547,26	22,60	215,78	238,38
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	366,48	456,06	22,60	95,87	118,47
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	390,90	486,47	15,03	166,06	181,09
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	97,71	121,61	15,03	44,46	59,49
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	146,59	182,43	15,03	54,50	69,53
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn - einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels -	219,86	273,63	22,60	85,80	108,40
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	263,88	328,35	22,60	85,80	108,40
2519	Trepanation bei Kraniostenose	219,86	273,63	15,03	85,80	100,83
2525	Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose (Kraniostenose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	390,90	486,47	15,03	166,06	181,09
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	366,48	456,06	22,60	166,06	188,66
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion	513,06	638,47	22,60	229,23	251,83
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors	732,93	912,10	22,60	165,23	187,83
2529	Operation einer intrakraniellen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	781,82	972,91	22,60	165,23	187,83
2530	Intrakranielle Embolektomie	732,93	912,10	22,60	165,23	187,83
2531	Intrakranielle Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	732,93	912,10	22,60	165,23	187,83
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	586,37	729,69	22,60	249,18	271,78
2536	Resektion eines Gehirnlappens	439,77	547,26	22,60	215,78	238,38
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	610,80	760,10	22,60	249,18	271,78
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	366,48	456,06	15,03	166,06	181,09
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	610,80	760,10	22,60	249,18	271,78
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	439,77	547,26	22,60	215,78	238,38
2541	Ventrikulozisternostomie	439,77	547,26	22,60	215,78	238,38
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	175,92	218,89	15,03	76,31	91,34
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	488,63	608,08	45,30	215,78	261,08
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	732,93	912,10	45,30	280,90	326,20
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	610,80	760,10	45,30	249,18	294,48
2553	Intrakranielle Operation einer basalen Liquor fistel mit plastischem Verschuß	586,37	729,69	45,30	249,18	294,48
2554	Plastischer Verschuß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung	175,92	218,89	15,03	76,31	91,34
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	144,64	179,99	38,89	40,06	78,95
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	180,81	224,98	38,89	48,54	87,43
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -	234,54	291,87	46,78	58,19	104,97
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	366,48	456,06	30,27	166,06	196,33

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation	451,49	561,86	30,27	215,78	246,05
2562	Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 - gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern -	219,86	273,63		43,89	43,89
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	225,76	280,93	22,60	85,80	108,40
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	469,10	583,75	22,60	215,78	238,38
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 -	400,68	498,62	22,60	166,06	188,66
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>	293,18	364,86	22,60	103,65	126,25
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes -	439,77	547,26	15,03	215,78	230,81
2570 a	Nervenstimulator-Aggregatwechsel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	15,03	34,40	49,43
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	258,96	322,28	15,03	79,43	94,46
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik	315,66	392,83	22,60	103,65	126,25
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	48,87	60,82	15,03	12,88	27,91
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	268,75	334,44	30,27	87,23	117,50
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	342,05	425,64	30,27	93,59	123,86
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	439,77	547,26	30,27	215,78	246,05
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	390,90	486,47	30,27	166,06	196,33
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	7,67	14,72	22,39
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes	90,30	112,37	15,03	31,86	46,89
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	175,92	218,89	22,60	76,31	98,91
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	15,03	31,86	46,89
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	22,60	46,29	68,89
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/ Armbereich	254,08	316,21	15,03	85,80	100,83

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließlich Wundversorgung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	131,92	164,18	15,03	40,34	55,37
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	180,81	224,98	15,03	76,31	91,34
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	205,23	255,37	15,03	79,43	94,46
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>	234,54	291,87	22,60	85,80	108,40
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie -	293,18	364,86	22,60	103,65	126,25
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und peri-neuraler mikrochirurgischer Naht	586,37	729,69	30,27	249,18	279,45
2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung	175,92	218,89	15,03	76,74	91,77
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung	270,71	336,86	22,60	87,23	109,83
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	293,18	364,86	15,03	103,65	118,68
2595	Nervenpflanzung	156,39	194,60	15,03	46,29	61,32
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	234,54	291,87	22,60	85,80	108,40
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	68,42	85,13	7,67	24,20	31,87
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	136,79	170,27	7,67	46,29	53,96
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	21,98	27,37	7,67	9,05	16,72
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	146,59	182,43	15,03	54,50	69,53
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	97,71	121,61	15,03	31,86	46,89
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	293,18	364,86	15,03	103,65	118,68
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2620	Operation der isolierten Lippenpalte	73,31	91,20	15,66	36,25	51,91
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	146,59	182,43	75,46	72,62	148,08
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -	879,54	1094,54	77,79	435,94	513,73
2625	Verschluß des weichen oder harten Gaumens oder Verschluß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	122,16	152,01	23,33	60,46	83,79
2626	Velopharyngoplastik	244,30	304,04	7,78	121,05	128,83
2627	Verschluß des harten und weichen Gaumens	195,46	243,21	31,11	96,98	128,09
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik -	586,37	729,69	46,78	290,66	337,44

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	117,27	145,94	15,66	58,05	73,71
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	180,81	224,98	15,66	89,63	105,29
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	72,32	89,97	7,78	35,81	43,59
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	53,76	66,89	7,78	26,62	34,40
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>	92,83	115,52	7,78	46,16	53,94
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 verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	60,61	75,41	7,78	30,15	37,93
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>	74,28	92,42	7,78	36,80	44,58
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 verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	48,87	60,82	7,78	24,20	31,98
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	39,08	48,66	7,78	19,40	27,18
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>	48,87	60,82	11,77	24,20	35,97
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>	29,32	36,49	11,77	14,57	26,34
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	83,07	103,38	11,77	41,20	52,97
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	215,00	267,55	11,77	106,61	118,38
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	68,42	85,13	11,77	34,00	45,77
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	9,77	12,18		4,96	4,96
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	39,08	48,66		19,40	19,40
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	136,79	170,27	11,77	67,67	79,44
2685	Reposition eines Zahnes	19,53	24,32	5,47	9,63	15,10
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	29,32	36,49	7,78	14,57	22,35
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>	127,03	158,11		63,01	63,01

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	73,31	91,20	7,78	36,25	44,03
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	97,71	121,61	15,66	48,44	64,10
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	351,80	437,82	23,33	174,29	197,62
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbe-reich - gegebenenfalls einschließlich Jochbein-bruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	146,59	182,43	15,66	72,62	88,28
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogen-fraktur	117,27	145,94	7,78	58,05	65,83
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	43,97	54,72	7,78	21,81	29,59
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stütz-apparate <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	263,88	328,35	7,78	130,81	138,59
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	48,87	60,82	5,47	24,20	29,67
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbe-reich, als selbständige Leistung	34,21	42,54		16,99	16,99
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	146,59	182,43		72,62	72,62
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	215,00	267,55		106,61	106,61
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	34,21	42,54		16,99	16,99
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschluss-platte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammen-hang mit plastischen Operationen oder zur Ver-hütung oder Behandlung von Narbenkontraktu-ren - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	175,92	218,89		87,23	87,23
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfer-nung von Schienen oder Stützapparaten -,je Kiefer	29,32	36,49		14,57	14,57
2705	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	166,13	206,75	7,78	82,27	90,05
2706	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese	127,03	158,11	11,77	63,01	74,78
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	107,49	133,78	11,77	53,24	65,01
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	73,31	91,20	7,78	36,25	44,03
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	293,18	364,86	38,89	145,25	184,14
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebene-nfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	195,46	243,21	15,66	96,98	112,64
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebene-nfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	488,63	608,08	38,89	242,25	281,14
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	78,19	97,29	11,77	38,79	50,56

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	48,87	60,82	11,77	24,20	35,97
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	195,46	243,21	15,66	96,98	112,64

X. Halsschirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	108,48	135,01	15,03	47,85	62,88
2751	Tracheotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	54,15	67,39	15,03	12,45	27,48
2752	Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste - gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins -	131,92	164,18	22,60	40,34	62,94
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	162,23	201,88	22,60	47,85	70,45
2754	Operation einer Kiemengangfistel	162,23	201,88	22,60	40,06	62,66
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	180,81	224,98	22,60	50,82	73,42
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	215,00	267,55	22,60	66,69	89,29
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst - einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenenfalls der Nachbarorgane -	361,57	449,98	30,27	88,91	119,18
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung	117,27	145,94	22,60	40,34	62,94

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2800	Venaesectio <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	26,86	33,45	7,67	10,21	17,88
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i>	53,83	123,38	7,67	14,88	22,55
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung	216,94	269,98	22,60	66,69	89,29
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	24,72	30,78		10,21	10,21
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	34,21	42,54		12,45	12,45
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	72,21	89,89	15,03	22,52	37,55
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	39,08	48,66	15,03	12,45	27,48
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen - einschließlich Wundversorgung -	72,32	89,97	15,66	22,52	38,18
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumor-chirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel -	488,63	608,08	116,57	242,25	358,82

2. Arterienchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	306,85	381,87	15,03	103,65	118,68
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	410,43	510,79	15,03	166,91	181,94
2822	Rekonstruktive Operation einer Arterie	224,77	279,70	15,03	66,84	81,87
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	180,81	224,98	15,03	47,85	62,88
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschuß <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	293,18	364,86	45,30	91,60	136,90
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	635,21	790,50	45,30	249,18	294,48
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	635,21	790,50	45,30	249,18	294,48
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	732,93	912,10	45,30	280,90	326,20
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	293,18	364,86	22,60	91,60	114,20
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	508,18	632,39	30,27	229,23	259,50
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschuß	439,77	547,26	45,30	215,78	261,08
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	488,63	608,08	45,30	229,23	274,53
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	488,63	608,08	45,30	229,23	274,53
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	420,20	522,97	45,30	215,78	261,08
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	293,18	364,86	45,30	91,60	136,90
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels - auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung -	293,18	364,86	22,60	91,60	114,20
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	195,46	243,21	22,60	79,43	102,03
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	361,57	449,98	15,03	166,06	181,09
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	361,57	449,98	15,03	166,06	181,09
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	537,48	668,88	22,60	229,23	251,83

3. Venenchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2880	Inzision eines Varixknotens	14,46	17,99		10,21	10,21
2881	Varizenexhairese, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	180,81	224,98	15,03	66,69	81,72
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	117,27	145,94	15,66	39,35	55,01
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	270,71	336,86	15,03	79,43	94,46
2887	Thrombektomie	195,46	243,21	15,03	66,69	81,72
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts	306,85	381,87	15,03	103,65	118,68
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts	361,57	449,98	15,03	166,06	181,09
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	34,21	42,54	7,78	12,45	20,23
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel -	293,18	364,86	54,34	91,60	145,94
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	205,23	255,37	15,03	66,69	81,72
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	117,27	145,94	15,03	39,35	54,38
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	146,59	182,43	15,03	54,50	69,53
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	216,94	269,98	15,03	66,69	81,72
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion	306,85	381,87	30,27	103,65	133,92
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	361,57	449,98	45,30	111,01	156,31
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisierung	451,49	561,86	45,30	215,78	261,08

4. Sympathikuschirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2920	Thorakale Sympathektomie	195,46	243,21	15,03	79,43	94,46
2921	Lumbale Sympathektomie	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53

XII. Thoraxchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	72,21	89,89	15,03	24,20	39,23
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
2953	Thorakoplastik	306,85	381,87	22,60	103,65	126,25
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung - auch Jalousieplastik -	451,49	561,86	22,60	215,78	238,38

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	488,63	608,08	30,27	229,79	260,06
2956	Brustwandteilresektion	205,23	255,37	22,60	79,43	102,03
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	293,18	364,86	22,60	91,60	114,20
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -	498,40	620,24	22,60	229,79	252,39
2960	Operation einer Brustkorbbeförderung (z. B. Trichterbrust)	293,18	364,86	22,60	91,60	114,20
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülau'sche Heberdrainage)	54,15	67,39	7,67	17,70	25,37
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage - gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln -	14,46	17,99		8,48	8,48
2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	65,08	81,01	15,03	27,32	42,35
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	216,94	269,98	22,60	79,43	102,03
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	306,85	381,87	45,30	103,65	148,95
2975	Dekortikation der Lunge	469,10	583,75	45,30	215,78	261,08
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	195,46	243,21	22,60	79,43	102,03
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	72,21	89,89	15,03	25,47	40,50
2979	Operative Entfernung eines Pleuraempyems - gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en) -	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	216,94	269,98	22,60	79,43	102,03
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung	126,05	156,88	15,03	40,34	55,37
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen	144,64	179,99	15,03	54,50	69,53
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)	270,71	336,86	22,60	79,43	102,03
2995	Lob- oder Pneumonektomie	306,85	381,87	45,30	118,92	164,22
2996	Lungensegmentresektion(en)	390,90	486,47	45,30	166,06	211,36
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	498,40	620,24	45,30	229,79	275,09
2998	Bilobektomie	469,10	583,75	45,30	215,78	261,08
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	547,26	681,02	45,30	249,18	294,48
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	270,71	336,86	22,60	79,43	102,03
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	566,80	705,36	45,30	249,18	294,48
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	469,10	583,75	45,30	215,78	261,08
3010	Sternotomie, als selbständige Leistung	108,48	135,01	15,03	39,35	54,38
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	390,90	486,47	30,27	166,06	196,33
3012	Drainage des Mediastinums	54,15	67,39	7,67	17,56	25,23
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	390,90	486,47	45,30	166,06	211,36

XIII. Herzchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
--------	----------	----------------	---------------	-------------	--------------	------------

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	180,81	224,98	22,60	76,31	98,91
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	126,05	156,88		40,34	40,34
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	108,48	135,01		34,40	34,40
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	108,48	135,01		34,40	34,40
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	180,81	224,98	15,03	76,31	91,34
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde <i>Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.</i>	54,15	67,39		17,70	17,70
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	54,15	67,39		17,70	17,70
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	195,46	243,21	22,60	79,43	102,03
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	306,85	381,87	30,27	103,65	133,92
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	144,64	179,99	22,60	54,50	77,10
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	306,85	381,87	22,60	103,65	126,25
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3071	Naht einer Myokardverletzung	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3072	Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3073	Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) - auch Kor- rektur einer isolierten Lungenvenenfehl- mündung -	390,90	486,47	37,73	166,06	203,79
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehl- mündung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	635,21	790,50	45,30	249,18	294,48
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß - auch Thromb- oder Embolektomie -	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herz- wandaneurysmas oder eines Herz- divertikels	469,10	583,75	45,30	215,78	261,08
3077	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3078	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	390,90	486,47	37,73	166,06	203,79
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	293,18	364,86	37,73	91,60	129,33
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	322,49	401,32	7,57	166,06	173,63
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	306,85	381,87	37,73	103,65	141,38
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	547,26	681,02	37,73	249,18	286,91
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	732,93	912,10	45,30	280,90	326,20
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	547,26	681,02	45,30	249,18	294,48
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	732,93	912,10	45,30	280,90	326,20
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	390,90	486,47	30,27	166,06	196,33
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen - ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)	439,77	547,26	15,66	218,03	233,69
3095	Schrittmacher-Erstimplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	270,71	336,86	22,60	79,43	102,03
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	15,03	34,40	49,43
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff - auch Implantation von myokardialen Elektroden - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	270,71	336,86	15,03	79,43	94,46

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	29,32	36,49		12,45	12,45
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	48,87	60,82		12,45	12,45
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	36,63	45,59		12,45	12,45
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	108,48	135,01	30,27	34,27	64,54
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	390,90	486,47	45,30	166,06	211,36
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	488,63	608,08	45,30	215,78	261,08
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	293,18	364,86	45,30	91,60	136,90
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	293,18	364,86	45,30	91,60	136,90
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang	488,63	608,08	45,30	215,78	261,08
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme -	108,48	135,01	22,60	44,46	67,06
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	108,48	135,01	15,03	44,46	59,49
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	108,48	135,01	22,60	44,46	67,06
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	156,39	194,60	37,73	54,50	92,23
3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	270,71	336,86	46,78	103,08	149,86
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes -	185,69	231,06	38,89	69,23	108,12
3145	Teilresektion des Magens	270,71	336,86	45,30	103,08	148,38
3146	Kardiaresektion	390,90	486,47	45,30	166,06	211,36
3147	Totale Magenentfernung	469,10	583,75	45,30	215,78	261,08
3148	Resektion des Ulcus pepticum	390,90	486,47	45,30	166,06	211,36
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	513,06	638,47	45,30	229,79	275,09
3150	Gastrotomie	156,39	194,60	22,60	54,50	77,10
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	263,88	328,35	45,30	79,43	124,73
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	185,69	231,06	22,60	69,23	91,83
3153	Pyloroplastik	293,18	364,86	15,03	91,60	106,63
3154	Vagotomie am Magen	293,18	364,86	15,03	91,60	106,63
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik)	439,77	547,26	15,03	215,78	230,81
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	43,97	54,72		12,45	12,45
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	451,49	561,86	45,30	215,78	261,08
3158	Gastroenterostomie	216,94	269,98	45,30	79,43	124,73
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	390,90	486,47	30,27	166,06	196,33
3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	293,18	364,86	22,60	91,60	114,20
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet - auch mit Teilresektion -	216,94	269,98	22,60	82,39	104,99
3168	Jejuno-Zökostomie	254,08	316,21	22,60	82,39	104,99
3169	Teilresektion des Kolons - auch mit Anastomose -	366,48	456,06	22,60	166,06	188,66
3170	Kolektomie, auch subtotal - mit Ileostomie -	513,06	638,47	22,60	229,79	252,39

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination	244,30	304,04	22,60	85,80	108,40
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	156,39	194,60	22,60	46,29	68,89
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	144,64	179,99	22,60	54,50	77,10
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	263,88	328,35	22,60	82,69	105,29
3175	Operation des Mekoniumileus	263,88	328,35	22,60	82,69	105,29
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	342,05	425,64	22,60	103,65	126,25
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	488,63	608,08	22,60	215,91	238,51
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	390,90	486,47	22,60	166,06	188,66
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm - gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm - mit Anastomose	342,05	425,64	45,30	100,82	146,12
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	635,21	790,50	45,30	249,18	294,48
3184	Lebertransplantation	732,93	912,10	116,57	363,16	479,73
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	293,18	364,86	45,30	91,60	136,90
3186	Exstirpation der Gallenblase	244,30	304,04	45,30	85,80	131,10
3187	Operation an den Gallengängen - gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase	317,63	395,26	45,30	100,82	146,12
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	410,43	510,79	45,30	166,06	211,36
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	390,90	486,47	45,30	166,06	211,36
3190	Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums	263,88	328,35	22,60	79,43	102,03
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	195,46	243,21	22,60	92,89	115,49
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes	361,57	449,98	45,30	100,82	146,12
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	451,49	561,86	45,30	215,91	261,21
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	216,94	269,98	45,30	103,08	148,38
3197	Resektion des ganzen Pankreas	451,49	561,86	45,30	215,91	261,21
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	488,63	608,08	45,30	215,91	261,21
3199	Milzexstirpation	216,94	269,98	22,60	103,08	125,68
3200	Appendektomie	144,64	179,99	22,60	44,46	67,06
3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt - gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose -	293,18	364,86	77,79	145,25	223,04
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. DuodenumDünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	219,86	273,63	15,03	103,08	118,11
3206	Enterostomie - auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) -	219,86	273,63	22,60	103,08	125,68
3207	Anlegen eines Anus praeter	144,64	179,99	22,60	44,46	67,06
3208	Verschlussoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	122,16	152,01	22,60	40,34	62,94
3209	Verschlussoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	171,01	212,84	22,60	49,55	72,15
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	195,46	243,21	22,60	79,43	102,03
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	11,72	14,58		1,83	1,83
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	14,67	18,23		5,80	5,80
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	117,27	145,94	15,03	40,34	55,37

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation	366,48	456,06	22,60	166,06	188,66
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	263,88	328,35	22,60	79,43	102,03
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmisses	27,16	33,81	7,67	10,76	18,43
3220	Operation submuköser Mastdarmpfisteln <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	29,32	36,49	7,67	13,60	21,27
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmpfisteln	36,16	44,99	7,67	13,60	21,27
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmpfistel - auch ihres verzweigten Gangsystems -	68,42	85,13	15,03	26,76	41,79
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel - auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems -	83,07	103,38	15,03	28,46	43,49
3224	Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht -	112,38	139,87	15,66	43,47	59,13
3226	Perianale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) - einschließlich Naht -	342,05	425,64	23,33	103,65	126,98
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	11,72	14,58		3,82	3,82
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	112,38	139,87	15,03	43,47	58,50
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	216,94	269,98	22,60	79,43	102,03
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus - auch mit Kreuzbeinschnitt -	273,63	340,53	22,60	79,43	102,03
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Megacolon congenitum) - auch mit Kolostomie -	342,05	425,64	22,60	103,65	126,25
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	488,63	608,08	22,60	215,91	238,51
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	10,85	13,49		3,82	3,82
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i>	36,16	44,99	7,67	13,60	21,27
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	18,08	22,49		6,07	6,07
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels <i>Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.</i>	175,92	218,89	22,60	47,85	70,45
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	54,15	67,39	7,67	17,70	25,37
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan/Morgan) - auch mit Analplastik - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	90,30	112,37	15,03	25,47	40,50

XV. Hernienchirurgie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3280	Operation einer Diaphragmahernie	270,71	336,86	46,78	103,08	149,86
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	219,86	273,63	46,78	103,08	149,86
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	21,69	27,03		9,20	9,20
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i>	108,48	135,01	23,33	30,58	53,91
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienschiebeplastik - auch mit Darmresektion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	244,30	304,04	46,78	103,08	149,86
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	126,05	156,88	31,11	33,40	64,51
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches - gegebenenfalls mit Darmresektion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i>	195,46	243,21	46,78	79,43	126,21

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	244,30	304,04	15,66	103,08	118,74
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	219,86	273,63	31,11	103,08	134,19

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	46,23	57,54		8,09	8,09
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	22,18	27,60		5,10	5,10
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.	14,46	17,99		3,69	3,69
	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.					
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.	14,46	17,99		3,69	3,69
	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 behandelten 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	7,43	9,24	3,89	3,26	7,15
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	14,86	18,48	9,46	6,94	16,40
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	18,47	22,98	21,65	8,20	29,85
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	29,60	36,84	24,18	8,20	32,38

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	37,03	46,07	28,70	9,77	38,47
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	46,23	57,54	42,78	9,77	52,55
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	73,97	92,06	42,78	9,77	52,55
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	92,44	115,04	56,97	16,00	72,97
3318	Abnahme orthopädische Schuhe. Die Abnahme ist mit der Rechnungslegung zu dokumentieren.	39,67	39,67			
3319	Abnahme Prothesen. Die Abnahme ist mit der Rechnungslegung zu dokumentieren.	39,67	39,67			
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>	9,28	11,54		2,69	2,69
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunst-glied)	14,86	18,48		3,69	3,69

XVII. Arthroskopie

Allgemeine Bestimmungen

Teil A.

- Die Leistungen nach dem Abschnitt L. XVII. gelten für alle Gelenke. Gelenke sind unabhängig der anatomischen Strukturen als Funktionseinheit zu sehen. Auch wenn mehrere Zugänge erfolgen und/oder in verschiedenen Gelenkbereichen operiert wird, kann jeweils nur eine der Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 im Rahmen derselben Sitzung abgerechnet werden. Die am höchsten bewertete Leistung ist abrechenbar.
- Arthroskopische Leistungen werden nach den Sätzen der BHB abgerechnet und sind mit den besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Eine Wahlmöglichkeit zwischen den besonderen Kosten und Teil A. der UV-GOÄ besteht nicht. Zu den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann ein Materialzuschlag abgerechnet werden.
- Die Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer der arthroskopischen Leistungen nach den Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 oder 3440 des Abschnitts L. XVII ist Bestandteil der Zielleistung. Dies gilt auch dann, wenn neben einer zunächst arthroskopischen Operation im direkten zeitlichen Zusammenhang eine offene Operation erfolgt. Die Nr. 3400 kann dann nicht abgerechnet werden.
Wird nach einer ausschließlichen Diagnostik keine Leistung aus diesem Abschnitt durchgeführt ist die Nr. 3400 UV-GOÄ abzurechnen.
- Neben einer ausschließlich arthroskopisch durchgeführten Operation des Abschnitts L. XVII. können keine offenen Operationsleistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.
Zuschläge aus diesem Abschnitt können ausschließlich neben arthroskopischen Leistungen abgerechnet werden.
- Werden neben einer arthroskopischen Operation an demselben Gelenk offene Operationsleistungen durchgeführt, sind die Ausschlüsse der Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt III.- Gelenkchirurgie zu beachten
- Der Operationsbericht ist Bestandteil der arthroskopischen Leistungen und dem Unfallversicherungsträger auf Anforderung vorzulegen. Die Schnitt-Naht-Zeit ist verpflichtend zu dokumentieren.
- Die in den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 3400, 3410, 3420, 3430 und 3440 mit „einschließlich“ aufgeführten Leistungen können im Zusammenhang mit einer arthroskopischen Operation nicht zusätzlich mit einer anderen Gebühr abgerechnet. Sie sind Bestandteil der Leistung.
- Zu der Leistung nach Nr. 3400 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 443 abgerechnet werden. Zu den Leistungen nach den Nrn. 3410, 3420, 3430 oder 3440 kann einmalig der Zuschlag nach Nr. 445 abgerechnet werden.
- Die Regelungen zum ambulanten Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (Berechtigung zum ambulanten Operieren) sowie die Vorstellungspflichten nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger sind zu berücksichtigen. Ausnahmen für die Durchführung ambulanter arthroskopischer Operationen sind ausschließlich nach vorheriger schriftlicher Kostenzusage durch den Unfallversicherungsträger möglich.

Teil B. Geräte, Materialien

1. Soweit im Einzelfall Videoaufzeichnungen vom Kostenträger angefordert werden, sind diese Selbstkosten gesondert berechenbar. Eine Berechnung ist nicht möglich, wenn die Anforderung zum Nachweis und zur Prüfung abgerechneter Leistungen erfolgt.
2. Bei Notwendigkeit eines Shaver-Einsatzes sind unter Berücksichtigung der Wiederverwertbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Wiederverwendbarkeit ist zwingend in der Rechnung anzugeben.
3. Bei Notwendigkeit eines auswechselbaren Mikro-Skalpells sind die Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar.
4. Die Kosten für Implantate, Spezialnahtmaterial oder spezielles Fadenmaterial sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.
5. Die Kosten für Spezialbohrer (Einmalverwendung) sind als Selbstkosten gesondert berechenbar.
6. Bei Einsatz von Meniskus-Fixationssystemen (z.B. Anker o.Ä.) sind diese Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Der Nachweis über die Anzahl der verwendeten Anker o.Ä. ist durch eine eindeutige Darstellung in Bilddokumentation, Grundvoraussetzung für die Kostenerstattung.
7. Bei Notwendigkeit der Verwendung einer Einmal-Elektrosonde sind unter Berücksichtigung der Wiederverwertbarkeit die anteiligen Kosten als Selbstkosten gesondert berechenbar. Die Wiederverwendbarkeit ist zwingend in der Rechnung anzugeben

Teil C. Leistungen/Gebühren

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	
3400	<p>Arthroskopie als diagnostische Maßnahme einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, - dem Team-Time-Out, - aller Spülungen, - Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale - Intraartikulärer Injektionen - Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, - Anlage der Redondrainage(n), - Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, - Kühlung(en), - der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., - aller intra- und postoperativen Untersuchungen am OP-Tag - Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag - sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation <p><i>Die Nr. 3400 kann nur für eine ausschließlich diagnostische Maßnahme oder im Zusammenhang mit einer offenen Operation abgerechnet werden. Eine Abrechnung neben anderen Leistungen des Abschnitts L. XVII. - Arthroskopie ist nicht möglich. Neben der Leistung nach Nr. 3400 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 443 sowie 3401 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295</i></p>			105,02	154,83	34,24	189,07
3401	<p>Zuschlag zur Nr. 3400 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.</p> <p><i>Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags. Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden. OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden. Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.</i></p>			35,00		35,00	35,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	
3410	<p>Resezierende, entfernende arthroskopische Operation eines Gelenkes einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, - dem Team-Time-Out - der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang, - aller Spülungen, - Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale - Intraartikulärer Injektionen, - Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, - Anlage der Redondrainage(n), - Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, - Kühlung(en), - der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., - aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag - Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag - sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation <p><i>Neben der Leistung nach Nr. 3410 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.</i></p> <p><i>Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3411 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295</i></p>			314,75	136,22	102,61	238,83
3411	<p>Zuschlag zur Nr. 3410 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.</p> <p><i>Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.</i></p> <p><i>Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.</i></p> <p><i>OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.</i></p>			50,00		50,00	50,00

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	
3420	<p>Arthroskopisch rekonstruktive, erhaltende Operation an einem Gelenk einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, - dem Team-Time-Out, - der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang, - aller resezierenden Maßnahmen, - aller Spülungen, - Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale - Intraartikulärer Injektionen, - Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, - Anlage der Redondrainage(n), - Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, - Kühlung(en), - der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., - aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag - Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag - sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation <p><i>Band,- Sehnen,- Labrum,- Diskus,- und Kapselrekonstruktionen (Nähte) sind mit dieser Leistung nicht abzurechnen. Neben der Leistung nach Nr. 3420 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3421 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295</i></p>			490,38	150,72	159,86	310,58
3421	<p>Zuschlag zur Nr. 3420 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.</p> <p><i>Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags. Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.</i></p> <p><i>OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden. Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.</i></p>			150,00		150,00	150,00
3422	<p>Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3420 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff</p>			100,51		32,77	32,77

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten	
3430	<p>Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Bandes/einer Sehne/eines Labrums/eines Diskus, einer Kapsel oder die Implantation von autologem, allogenem oder alloplastischen Gewebe oder Material an einem Gelenk oder Refixation eines osteochondralen Fragmentes oder einer Fraktur oder Stabilisierung des ACG durch Fixationsverfahren (z.B. VKB oder HKB, RM</p> <p>einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, - dem Team-Time-Out, - Kapselnaht, - der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang, - aller resezierenden Maßnahmen, - aller Spülungen, - Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale - Intraartikulärer Injektionen, - Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, - Anlage der Redondrainage(n), - Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, - Kühlung(en), - der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., - aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag - Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag - sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation <p><i>Neben der Leistung nach Nr. 3430 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil. Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3431 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295</i></p>			944,93	150,72	308,05	458,77
3431	<p>Zuschlag zur Nr. 3430 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Gebrauch.</p> <p><i>Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags. Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.</i></p> <p><i>OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden. Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.</i></p>		200,00		200,00	200,00	
3432	<p>Zuschlag zu der Nr. 3430 für die Entnahme körpereigener(n) Sehne(n) für Bandoperationen an einem Gelenk einschließlich aller Maßnahmen der Vorbereitung und Versorgung der Entnahmestelle.</p> <p><i>Unabhängig der Anzahl und des Umfangs der Aufbereitung des entnommenen Materials kann die Leistung bei der Entnahme an einem Bein nur einmal abgerechnet werden. Erfolgt die Entnahme an beiden Beinen, weil an einem Bein nicht ausreichend Material vorhanden ist, kann die Leistung ein zweites Mal abgerechnet werden.</i></p>		144,01	23,33	46,95	70,28	
3433	<p>Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 3430 für einen weiteren in derselben Operation zusätzlichen rekonstruktiven arthroskopischen Eingriff.</p> <p><i>Die Leistung kann je weiteren Eingriff, maximal, aber drei Mal abgerechnet werden.</i></p>		150,00		48,90	48,90	
3434	<p>Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von allogenem oder alloplastischem Gewebe oder Material</p>		34,75		11,33	11,33	

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3435	Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3430 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation		171,42		55,88	55,88
3440	Vorbereitende arthroskopische Operation für eine zukünftig geplante rekonstruktive Arthroskopie an einem Gelenk einschließlich <ul style="list-style-type: none"> - aller konsiliarischen Erörterungen der an der OP-Beteiligten, - dem Team-Time-Out, - der arthroskopischen Diagnostik im direkten zeitlichen Zusammenhang, - aller resezierenden Maßnahmen, - aller Spülungen, - Lokalanästhesie der Arthroskopie-Portale - Intraartikulärer Injektionen, - Probeexzisionen und der Entnahme von Gewebe, - Anlage der Redondrainage(n), - Verbänden mit Ausnahme von Gips- Castverbänden, - Kühlung(en), - der Anlage von vorgefertigten Schienen, Orthesen, etc., - aller intra- und postoperativen Untersuchungen, am OP-Tag - Bewegungsübungen, Aufklärungen und Beratungen am OP-Tag - sowie des Operationsberichtes und der Bild-/Videodokumentation <p><i>Neben der Leistung nach Nr. 3440 sind die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Leistungen (einschließlich) im Zusammenhang mit derselben Operation am Behandlungstag nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht postoperativ am OP-Tag, sondern fakultativer Leistungsbestandteil.</i></p> <p><i>Daneben kann der Zuschlag nach Nr. 445 sowie 3441 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 60, 200, 203a, 204, 203B, 209, 255, 297, 298, 300-302, 490, 491, 510, 530, 740, 2015, 2032, 2093, 5295</i></p>	522,71	150,72	170,40	321,12	
3441	Zuschlag zur Nr. 3440 für im Rahmen der ambulanten arthroskopischen Leistung vom Operateur verwendeten Verbrauchsmaterialien für den einmaligen Bedarf. <p><i>Der Zuschlag ist neben den Besonderen Kosten der jeweiligen Leistung abzurechnen. Narkose- und Anästhesiematerialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags.</i></p> <p><i>Die unter Teil B. der Allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Geräte und Materialien sind nicht Bestandteil des Zuschlags und können wie dort angegeben gesondert berechnet werden.</i></p> <p><i>OP-Sets beinhalten Verbrauchsmaterialien, die Bestandteil des Zuschlags sind. Sie können daneben nicht abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Die an der Operation beteiligten Ärzte, (ggf. auch der Betreiber des Ambulatoriums) haben sich darüber zu verständigen, wer den Zuschlag abrechnet.</i></p>		150,00		150,00	150,00
3442	Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autologem oder alloplastischem Gewebe oder Material		34,75		11,33	11,33
3443	Zuschlag für eine arthroskopische Operation nach Nr. 3440 unter Verwendung von autogenem Material incl. der Spongiosa Transplantation		128,30	15,66	41,83	57,49
3444	Zuschlag zu der Nr. 3440 für die Entnahme von autologem Knorpel zum Anzüchten eines körpereigenen Ersatzes.		130,00	23,30	42,38	65,68

M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung <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>	7,46	7,46		3,35	3,35
3501	Blutkörperchengeschwindigkeit (BKS, BSG)	4,97	4,97		2,16	2,16
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	9,93	9,93		4,44	4,44
3503	Hämatokrit	5,79	5,79		2,65	2,65

Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3504	Erythrozyten	4,97	4,97		2,16	2,16
3505	Leukozyten	4,97	4,97		2,16	2,16
3506	Thrombozyten	4,97	4,97		2,16	2,16
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	6,63	6,63		3,00	3,00
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	8,28	8,28		3,73	3,73
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	9,93	9,93		4,44	4,44
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>	4,14	4,14		1,81	1,81

Untersuchung der Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3512	Alpha-Amylase	5,79	5,79		2,65	2,65
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)	5,79	5,79		2,65	2,65
3514	Glukose	5,79	5,79		2,65	2,65
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	5,79	5,79		2,65	2,65
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	5,79	5,79		2,65	2,65
3517	Hämoglobin	5,79	5,79		2,65	2,65
3518	Harnsäure	5,79	5,79		2,65	2,65
3519	Kalium	5,79	5,79		2,65	2,65
3520	Kreatinin	5,79	5,79		2,65	2,65
3521	Lipase	5,79	5,79		2,65	2,65
3523	Antistreptolysin (ASL)	8,28	8,28		3,73	3,73
3524	C-reaktives Protein (CRP)	8,28	8,28		3,73	3,73
3525	Mononukleostest	8,28	8,28		3,73	3,73
3526	Rheumafaktor (RF)	8,28	8,28		3,73	3,73
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	10,76	10,76		4,80	4,80
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	12,42	12,42		5,51	5,51
3530	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	9,93	9,93		4,44	4,44
3531	Urinsediment	5,79	5,79		2,65	2,65
3532	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -	7,46	7,46		3,35	3,35

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	Sachkosten
3541 .H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	39,75	39,75		17,64	17,64

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	4,97	4,97		2,16	2,16
3551	Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	1,66	1,66		0,72	0,72
3552	Retikulozytenzahl	5,79	5,79		2,65	2,65

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3555	Calcium	3,31	3,31		1,44	1,44
3556	Chlorid	2,48	2,48		1,08	1,08
3557	Kalium	2,48	2,48		1,08	1,08
3558	Natrium	2,48	2,48		1,08	1,08

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	Sachkosten
3560	Glukose	3,31	3,31		1,44	1,44
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	16,56	16,56		7,32	7,32
3562 .H1	Cholesterin	3,31	3,31		1,44	1,44
3563 .H1	HDL-Cholesterin	3,31	3,31		1,44	1,44
3564 .H1	LDL-Cholesterin	3,31	3,31		1,44	1,44
3565 .H1	Triglyzeride	3,31	3,31		1,44	1,44

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	Sachkosten
3570 .H1	Albumin, photometrisch	2,48	2,48		1,08	1,08
3571	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	12,42	12,42		5,51	5,51
3572	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	20,70	20,70		9,24	9,24
3573 .H1	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	2,48	2,48		1,08	1,08
3574	Proteinelektrophorese im Serum	16,56	16,56		7,32	7,32
3575	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	8,28	8,28		3,73	3,73

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	Sachkosten
3580 .H1	Anorganisches Phosphat	3,31	3,31		1,44	1,44
3581 .H1	Bilirubin, gesamt	3,31	3,31		1,44	1,44
3582	Bilirubin, direkt	5,79	5,79		2,65	2,65
3583 .H1	Harnsäure	3,31	3,31		1,44	1,44
3584 .H1	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	3,31	3,31		1,44	1,44
3585 .H1	Kreatinin	3,31	3,31		1,44	1,44
3587 .H1	Alkalische Phosphatase	3,31	3,31		1,44	1,44
3588 .H1	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	4,14	4,14		1,81	1,81
3589 .H1	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	3,31	3,31		1,44	1,44
3590 .H1	Creatinkinase (CK)	3,31	3,31		1,44	1,44
3591 .H1	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode	4,14	4,14		1,81	1,81
3592 .H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (GammaGlutamyltransferase, Gamma-GT)	3,31	3,31		1,44	1,44
3593 .H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	4,14	4,14		1,81	1,81
3594 .H1	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	3,31	3,31		1,44	1,44
3595 .H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	3,31	3,31		1,44	1,44
3596 .H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	3,31	3,31		1,44	1,44
3597 .H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	3,31	3,31		1,44	1,44
3598 .H1	Lipase	4,14	4,14		1,81	1,81
3599	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	5,79	5,79		2,65	2,65

6. Gerinnungssystem

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	4,14	4,14		1,81	1,81
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	5,79	5,79		2,65	2,65
3607	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	4,14	4,14		1,81	1,81

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	Sachkosten
3610	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	8,28	8,28		3,73	3,73
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	13,24	13,24		5,89	5,89
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	23,19	23,19		10,31	10,31
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	13,24	13,24		5,89	5,89
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	4,97	4,97		2,16	2,16

8. Spurenelemente

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3620	Eisen im Serum oder Plasma	3,31	3,31		1,44	1,44
3621	Magnesium	3,31	3,31		1,44	1,44

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	Sachkosten
3630 .H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	72,04	72,04		32,04	32,04
3631 .H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	115,92	115,92		51,60	51,60
3633 .H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	45,54	45,54		20,29	20,29

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	4,97	4,97		2,16	2,16
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten	5,79	5,79		2,65	2,65
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	2,91	2,91		1,92	1,92
3653	Urinsediment, mikroskopisch	4,14	4,14		1,81	1,81
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	6,63	6,63		3,00	3,00

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	3,31	3,31		1,44	1,44
3661	Gallensediment, mikroskopisch	3,31	3,31		1,44	1,44
3662	HCl, titrimetrisch	5,79	5,79		2,65	2,65
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	13,24	13,24		5,89	5,89
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	9,93	9,93		4,44	4,44
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	12,42	12,42		5,51	5,51
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	5,79	5,79		2,65	2,65
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach	33,12	33,12		14,76	14,76
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>					
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	4,97	4,97		2,16	2,16
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	4,97	4,97		2,16	2,16
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	13,24	13,24		5,89	5,89
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch - einschließlich chemischer Reaktionen	20,70	20,70		9,24	9,24
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	47,20	47,20		21,00	21,00

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	7,46	7,46		3,35	3,35
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	47,20	47,20		21,00	21,00
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	9,93	9,93		4,44	4,44
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leuko-zytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leu-kozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	20,70	20,70		9,24	9,24
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	5,79	5,79		2,65	2,65
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	7,46	7,46		3,35	3,35
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	13,24	13,24		5,89	5,89
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	14,90	14,90		6,60	6,60
3691	Hämoglobinelektrophorese	47,20	47,20		21,00	21,00
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	4,97	4,97		2,16	2,16
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	47,20	47,20		21,00	21,00
3694	Lymphozytentransformationstest	47,20	47,20		21,00	21,00
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	9,93	9,93		4,44	4,44
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfach-markierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	47,20	47,20		21,00	21,00
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>	20,70	20,70		9,24	9,24
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Anti-serum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	37,26	37,26		16,56	16,56
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>	29,81	29,81		13,20	13,20
3700	Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatika-sensibilität	165,62	165,62		73,66	73,66

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb)	7,46	7,46		3,35	3,35
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	3,31	3,31		1,44	1,44
3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	20,70	20,70		9,24	9,24
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	3,31	3,31		1,44	1,44
3715	Bikarbonat	4,97	4,97		2,16	2,16
3716	Osmolalität	4,14	4,14		1,81	1,81

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3721	Glykierte Proteine	20,70	20,70		9,24	9,24
3722	Fructosamin, photometrisch	5,79	5,79		2,65	2,65
3723	Fruktose, photometrisch	16,56	16,56		7,32	7,32
3724	D-Xylose, photometrisch	16,56	16,56		7,32	7,32
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	16,56	16,56		7,32	7,32
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	33,96	33,96		15,12	15,12
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	56,32	56,32		25,08	25,08
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	14,90	14,90		6,60	6,60
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	24,85	24,85		11,04	11,04
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmundiffusion	24,85	24,85		11,04	11,04

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	Sachkosten
3733	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	9,93	9,93		4,44	4,44
3735	Albumin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	12,42	12,42		5,51	5,51
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	9,93	9,93		4,44	4,44
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	47,20	47,20		21,00	21,00
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	20,70	20,70		9,24	9,24
3739	Alpha1-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	16,56	16,56		7,32	7,32
3742	Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	20,70	20,70		9,24	9,24
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	20,70	20,70		9,24	9,24
3744	Fibronectin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	37,26	37,26		16,56	16,56
3745	Beta2-Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	16,56	16,56		7,32	7,32
3749	Immundefixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	16,56	16,56		7,32	7,32
3750	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	47,20	47,20		21,00	21,00
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	3,31	3,31		1,44	1,44
3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	9,93	9,93		4,44	4,44
3753	Alpha2-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3754	Mikroglobuline (Alpha1, Beta2), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	16,56	16,56		7,32	7,32
3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	4,97	4,97		2,16	2,16
3756	Myoglobin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	16,56	16,56		7,32	7,32
3757	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	5,79	5,79		2,65	2,65
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	4,97	4,97		2,16	2,16
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3760	Protein im Urin, photometrisch	5,79	5,79		2,65	2,65
3761	Proteinelektrophorese im Urin	20,70	20,70		9,24	9,24
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	3,31	3,31		1,44	1,44

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	47,20	47,20		21,00	21,00
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	20,70	20,70		9,24	9,24
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	37,26	37,26		16,56	16,56
3766 .H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	20,70	20,70		9,24	9,24
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	37,26	37,26		16,56	16,56
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	29,81	29,81		13,20	13,20

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3774	Ammoniak (NH ₄)	18,22	18,22		8,16	8,16
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	14,90	14,90		6,60	6,60
3776	Citrat, photometrisch	24,85	24,85		11,04	11,04
3777	Gallensäuren, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	24,02	24,02		10,68	10,68
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	9,93	9,93		4,44	4,44
3779	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	3,31	3,31		1,44	1,44
3780	Kreatin	9,93	9,93		4,44	4,44
3781	Laktat, photometrisch	18,22	18,22		8,16	8,16
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	16,56	16,56		7,32	7,32
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	47,20	47,20		21,00	21,00
3784	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	12,42	12,42		5,51	5,51
3785	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektro-phorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	24,85	24,85		11,04	11,04
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin-Convertase, ACE)	18,22	18,22		8,16	8,16
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	9,93	9,93		4,44	4,44
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	16,56	16,56		7,32	7,32
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	9,93	9,93		4,44	4,44
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-PhosphatDehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	9,93	9,93		4,44	4,44
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	24,02	24,02		10,68	10,68
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3793	Lysozym	9,93	9,93		4,44	4,44
3794	Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	16,56	16,56		7,32	7,32
3795	Tatrathemmbare saure Phosphatase (PSP)	9,11	9,11		4,07	4,07
3796	Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	16,56	16,56		7,32	7,32

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	Sachkosten
3805	.H2 Antikörper gegen Basalmembran (GBM)	24,02	24,02		10,68	10,68
3806	.H2 Antikörper gegen Centromerregion	24,02	24,02		10,68	10,68
3807	.H2 Antikörper gegen Endomysium	24,02	24,02		10,68	10,68
3808	.H2 Antikörper gegen Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3809	.H2 Antikörper gegen Glatte Muskulatur (SMA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3811	.H2 Antikörper gegen Haut (AHA, BMA und ICS)	24,02	24,02		10,68	10,68
3812	.H2 Antikörper gegen Herzmuskulatur (HMA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3813	.H2 Antikörper gegen Kerne (ANA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3814	.H2 Antikörper gegen Kollagen	24,02	24,02		10,68	10,68
3815	.H2 Antikörper gegen Langerhans-Inseln (ICA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3816	.H2 Antikörper gegen Mikrosomen (Thyropoxidase)	24,02	24,02		10,68	10,68
3817	.H2 Antikörper gegen Mikrosomen (Leber, Niere)	24,02	24,02		10,68	10,68
3818	.H2 Antikörper gegen Mitochondrien (AMA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3819	.H2 Antikörper gegen nDNA	24,02	24,02		10,68	10,68
3820	.H2 Antikörper gegen Nebenniere	24,02	24,02		10,68	10,68
3821	.H2 Antikörper gegen Parietalzellen (PCA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3822	.H2 Antikörper gegen Skelettmuskulatur (SkMA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3823	.H2 Antikörper gegen Speicheldrangepithel	24,02	24,02		10,68	10,68
3824	.H2 Antikörper gegen Spermien	24,02	24,02		10,68	10,68
3825	.H2 Antikörper gegen Thyreoglobulin	24,02	24,02		10,68	10,68
3826	.H2 Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)	24,02	24,02		10,68	10,68
3827	.H2 Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,02	24,02		10,68	10,68

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	Sachkosten
3832	Antikörper gegen Basalmembran (GBM)	42,23	42,23		18,85	18,85
3833	Antikörper gegen Centromerregion	42,23	42,23		18,85	18,85
3834	Antikörper gegen Endomysium	42,23	42,23		18,85	18,85
3835	Antikörper gegen Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3836	Antikörper gegen Glatte Muskulatur (SMA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3838	Antikörper gegen Haut (AHA, BMA und ICS)	42,23	42,23		18,85	18,85
3839	Antikörper gegen Herzmuskulatur (HMA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3840	Antikörper gegen Kerne (ANA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3841	Antikörper gegen Kollagen	42,23	42,23		18,85	18,85
3842	Antikörper gegen Langerhans-Inseln (ICA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3843	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyropoxidase)	42,23	42,23		18,85	18,85
3844	Antikörper gegen Mikrosomen (Leber, Niere)	42,23	42,23		18,85	18,85
3845	Antikörper gegen Mitochondrien (AMA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3846	Antikörper gegen nDNA	42,23	42,23		18,85	18,85
3847	Antikörper gegen Parietalzellen (PCA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3848	Antikörper gegen Skelettmuskulatur (SkMA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3849	Antikörper gegen Speicheldrangepithel	42,23	42,23		18,85	18,85
3850	Antikörper gegen Spermien	42,23	42,23		18,85	18,85
3852	Antikörper gegen Thyreoglobulin	42,23	42,23		18,85	18,85
3853	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)	42,23	42,23		18,85	18,85
3854	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	42,23	42,23		18,85	18,85

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	Sachkosten
3857	Antikörper gegen dDNS	24,85	24,85		11,04	11,04
3858	Antikörper gegen Histone	24,85	24,85		11,04	11,04
3859	Antikörper gegen Ribonukleoprotein (RNP)	24,85	24,85		11,04	11,04
3860	Antikörper gegen Sm-Antigen	24,85	24,85		11,04	11,04
3861	Antikörper gegen SS-A-Antigen	24,85	24,85		11,04	11,04
3862	Antikörper gegen SS-B-Antigen	24,85	24,85		11,04	11,04
3863	Antikörper gegen Scl-70-Antigen	24,85	24,85		11,04	11,04
3864	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,85	24,85		11,04	11,04

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	Sachkosten
3868	Antikörper gegen Azetylcholinrezeptoren <i>Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -</i>	37,26	37,26		16,56	16,56
3869	Antikörper gegen Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion	37,26	37,26		16,56	16,56
3870	Antikörper gegen Interferon alpha	37,26	37,26		16,56	16,56
3871	Antikörper gegen Mikrosomen (Thyroperoxydase)	37,26	37,26		16,56	16,56
3872	Antikörper gegen Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)	37,26	37,26		16,56	16,56
3873	Antikörper gegen Myeloperoxydase (P-ANCA)	37,26	37,26		16,56	16,56
3874	Antikörper gegen Proteinase 3 (C-ANCA)	37,26	37,26		16,56	16,56
3875	Antikörper gegen Spermien	37,26	37,26		16,56	16,56
3876	Antikörper gegen Thyreoglobulin	37,26	37,26		16,56	16,56
3877	Antikörper gegen Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	37,26	37,26		16,56	16,56
3879	Antikörper gegen Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	45,54	45,54		20,29	20,29
3881	Antikörper gegen Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,02	24,02		10,68	10,68

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3884	Antikörper gegen Fc von IgM (Rheumafaktor)	7,46	7,46		3,35	3,35
3885	Antikörper gegen Thyreoglobulin (Boydentest)	7,46	7,46		3,35	3,35

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3886	Antikörper gegen Fc von IgM (Rheumafaktor)	14,90	14,90		6,60	6,60
3889	Antikörper gegen Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	16,56	16,56		7,32	7,32

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	Sachkosten
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	20,70	20,70		9,24	9,24
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	20,70	20,70		9,24	9,24
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	16,56	16,56		7,32	7,32
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	41,41	41,41		18,36	18,36
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	74,53	74,53		33,11	33,11
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion	91,09	91,09		40,55	40,55
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	24,02	24,02		10,68	10,68
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	42,23	42,23		18,85	18,85
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56

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	Sachkosten
3900 .H3	Tumormarker; Ca 125, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,85	24,85		11,04	11,04
3901 .H3	Tumormarker; Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3902 .H3	Tumormarker; Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,85	24,85		11,04	11,04
3903 .H3	Tumormarker; Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3904 .H3	Tumormarker; Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3905 .H3	Tumormarker; Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20,70	20,70		9,24	9,24
3906 .H3	Tumormarker; Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3907 .H3	Tumormarker; Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3908 .H3	Tumormarker; Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,85	24,85		11,04	11,04
3909 .H3	Tumormarker; Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3910 .H3	Tumormarker; Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3911 .H3	Tumormarker; Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56

11. Nucleinsäuren und ihre Metabolite

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3920	Isolierung von humanen Nucleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	74,53	74,53		33,11	33,11
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nucleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	12,42	12,42		5,51	5,51
3922	Amplifikation von humanen Nucleinsäuren oder Nucleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	41,41	41,41		18,36	18,36
3923	Amplifikation von humanen Nucleinsäuren oder Nucleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	82,80	82,80		36,83	36,83
3924	Identifizierung von humanen Nucleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	24,85	24,85		11,04	11,04
3925	Trennung von humanen Nucleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	49,68	49,68		22,08	22,08
3926	Identifizierung von humanen Nucleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	165,62	165,62		73,66	73,66

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	9,11	9,11		4,07	4,07
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3932	Blutungszeit	4,97	4,97		2,16	2,16
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	8,28	8,28		3,73	3,73
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	9,93	9,93		4,44	4,44
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	20,70	20,70		9,24	9,24
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	14,90	14,90		6,60	6,60
3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	29,81	29,81		13,20	13,20
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	38,09	38,09		16,92	16,92
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	59,63	59,63		26,52	26,52
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	20,70	20,70		9,24	9,24
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	20,70	20,70		9,24	9,24
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	24,85	24,85		11,04	11,04
3945	Heparin, chromogenes Substrat	11,59	11,59		5,17	5,17
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	5,79	5,79		2,65	2,65
3947	Plasmatauschversuch	38,09	38,09		16,92	16,92
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	11,59	11,59		5,17	5,17
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	33,96	33,96		15,12	15,12
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor	39,75	39,75		17,64	17,64
3951	Protein C-Aktivität	37,26	37,26		16,56	16,56
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3953	Protein S-Aktivität	37,26	37,26		16,56	16,56
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56
3955	Reptilasezeit	8,28	8,28		3,73	3,73
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	16,56	16,56		7,32	7,32
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	14,90	14,90		6,60	6,60
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	39,75	39,75		17,64	17,64
3959	Thrombinkoagulasezeit	8,28	8,28		3,73	3,73
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	5,79	5,79		2,65	2,65
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	74,53	74,53		33,11	33,11
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	4,97	4,97		2,16	2,16
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	39,75	39,75		17,64	17,64
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	29,81	29,81		13,20	13,20
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	21,55	21,55		9,60	9,60

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3966	Gesamtkomplement AH 50	49,68	49,68		22,08	22,08
3967	Gesamtkomplement CH 50	41,41	41,41		18,36	18,36

Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplettsystems

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis	20,70	20,70		9,24	9,24
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	20,70	20,70		9,24	9,24
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis	20,70	20,70		9,24	9,24
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	20,70	20,70		9,24	9,24

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
3980	AB0-Merkmale	8,28	8,28		3,73	3,73
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine	14,90	14,90		6,60	6,60
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	24,85	24,85		11,04	11,04
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	41,41	41,41		18,36	18,36

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3984	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	9,93	9,93		4,44	4,44
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Cw, Kell, Du, Duffy), je Merkmal	16,56	16,56		7,32	7,32
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	29,81	29,81		13,20	13,20
<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)	11,59	11,59		5,17	5,17
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	16,56	16,56		7,32	7,32
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	4,97	4,97		2,16	2,16
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	5,79	5,79		2,65	2,65
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	8,28	8,28		3,73	3,73
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	2,48	2,48		1,08	1,08
3993	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992	33,12	33,12		14,76	14,76
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälte-agglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	11,59	11,59		5,17	5,17
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	28,99	28,99		12,84	12,84
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	49,68	49,68		22,08	22,08
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	9,93	9,93		4,44	4,44
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	7,46	7,46		3,35	3,35

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	29,81	29,81		13,20	13,20
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	16,56	16,56		7,32	7,32
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>	24,85	24,85		11,04	11,04
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	8,28	8,28		3,73	3,73
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	33,12	33,12		14,76	14,76
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	62,11	62,11		27,59	27,59
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	248,42	248,42		110,38	110,38
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	2,48	2,48		1,08	1,08
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	298,11	298,11		132,45	132,45
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	207,03	207,03		92,02	92,02
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	223,59	223,59		99,34	99,34
4010	HLA-Isoantikörperrnachweis	66,24	66,24		29,40	29,40
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	132,49	132,49		58,92	58,92
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im GewebeHLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	62,11	62,11		27,59	27,59
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen -	380,92	380,92		169,28	169,28
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	190,46	190,46		84,70	84,70

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
4020	Cortisol	20,70	20,70		9,24	9,24
4021	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)	20,70	20,70		9,24	9,24
4022 .H4	Freies Trijodthyronin (fT3)	20,70	20,70		9,24	9,24
4023 .H4	Freies Thyroxin (fT4)	20,70	20,70		9,24	9,24
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)	20,70	20,70		9,24	9,24
4025	Insulin	20,70	20,70		9,24	9,24
4026	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)	20,70	20,70		9,24	9,24
4027	Östriol	20,70	20,70		9,24	9,24
4028	Plazentalaktogen (HPL)	20,70	20,70		9,24	9,24
4029 .H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)	20,70	20,70		9,24	9,24
4030	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)	20,70	20,70		9,24	9,24
4031 .H4	Thyroxin	20,70	20,70		9,24	9,24
4032 .H4	Trijodthyronin	20,70	20,70		9,24	9,24
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron	28,99	28,99		12,84	12,84
4036	Androstendion	28,99	28,99		12,84	12,84
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)	28,99	28,99		12,84	12,84
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)	28,99	28,99		12,84	12,84
4039	Östradiol	28,99	28,99		12,84	12,84
4040	Progesteron	28,99	28,99		12,84	12,84
4041	Prolaktin	28,99	28,99		12,84	12,84
4042	Testosteron	28,99	28,99		12,84	12,84
4043	Wachstumshormon (HGH)	28,99	28,99		12,84	12,84
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	28,99	28,99		12,84	12,84
	<i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4045	Aldosteron	39,75	39,75		17,64	17,64
4046	C-Peptid	39,75	39,75		17,64	17,64
4047	Calcitonin	39,75	39,75		17,64	17,64
4048	cAMP	39,75	39,75		17,64	17,64
4049	Corticotropin (ACTH)	39,75	39,75		17,64	17,64
4050	Erythropoetin	39,75	39,75		17,64	17,64
4051	Gastrin	39,75	39,75		17,64	17,64
4052	Glukagon	39,75	39,75		17,64	17,64
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität	39,75	39,75		17,64	17,64
4054	Osteocalcin	39,75	39,75		17,64	17,64
4055	Oxytocin	39,75	39,75		17,64	17,64
4056	Parathormon	39,75	39,75		17,64	17,64
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten	39,75	39,75		17,64	17,64
4058	Reninkonzentration	39,75	39,75		17,64	17,64
4060	Somatomedin	39,75	39,75		17,64	17,64
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)	39,75	39,75		17,64	17,64
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	39,75	39,75		17,64	17,64
	<i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)	62,11	62,11		27,59	27,59
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)	62,11	62,11		27,59	27,59
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)	62,11	62,11		27,59	27,59
4067	Parathyroid hormone related peptide	62,11	62,11		27,59	27,59
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)	62,11	62,11		27,59	27,59
4069	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	62,11	62,11		27,59	27,59
	<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 -	74,53	74,53		33,11	33,11

Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	47,20	47,20		21,00	21,00
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin	47,20	47,20		21,00	21,00
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)	47,20	47,20		21,00	21,00
4074	Metanephrine	47,20	47,20		21,00	21,00
4075	Serotonin	47,20	47,20		21,00	21,00
4076	Steroidprofil	47,20	47,20		21,00	21,00
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)	47,20	47,20		21,00	21,00
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	47,20	47,20		21,00	21,00
	<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	28,99	28,99		12,84	12,84
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	9,93	9,93		4,44	4,44
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	9,93	9,93		4,44	4,44
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	11,59	11,59		5,17	5,17
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung	47,20	47,20		21,00	21,00
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	47,20	47,20		21,00	21,00
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	20,70	20,70		9,24	9,24
4086	Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	99,37	99,37		44,15	44,15
4087	Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	99,37	99,37		44,15	44,15
4088	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung -	99,37	99,37		44,15	44,15
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	37,26	37,26		16,56	16,56

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	Sachkosten
4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	41,41	41,41		18,36	18,36
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	41,41	41,41		18,36	18,36
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	94,41	94,41		41,99	41,99
4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	82,80	82,80		36,83	36,83
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	181,36	181,36		80,62	80,62
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	16,56	16,56		7,32	7,32
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	9,93	9,93		4,44	4,44
4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	41,41	41,41		18,36	18,36
4098	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	41,41	41,41		18,36	18,36
4099	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	41,41	41,41		18,36	18,36
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	23,19	23,19		10,31	10,31
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	317,97	317,97		141,32	141,32
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	173,90	173,90		77,26	77,26
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	57,97	57,97		25,80	25,80
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	79,50	79,50		35,40	35,40
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	41,41	41,41		18,36	18,36
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	317,97	317,97		141,32	141,32
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	74,53	74,53		33,11	33,11
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	16,56	16,56		7,32	7,32
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	82,80	82,80		36,83	36,83
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylylid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	41,41	41,41		18,36	18,36
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	57,97	57,97		25,80	25,80
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	238,49	238,49		106,06	106,06
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	159,00	159,00		70,67	70,67
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	159,00	159,00		70,67	70,67
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	159,00	159,00		70,67	70,67
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	89,44	89,44		39,72	39,72
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	41,41	41,41		18,36	18,36

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	59,63	59,63		26,52	26,52

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, DeltaALA), photometrisch und säulenchromatographisch	47,20	47,20		21,00	21,00
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	20,70	20,70		9,24	9,24
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	9,93	9,93		4,44	4,44
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, SchwarzWatson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	4,97	4,97		2,16	2,16
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	47,20	47,20		21,00	21,00
4125	Porphyrinteilprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	47,20	47,20		21,00	21,00
4126	Porphyrinteilprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	38,09	38,09		16,92	16,92

17. Spurenelemente, Vitamine

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	9,93	9,93		4,44	4,44
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	3,31	3,31		1,44	1,44
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	33,96	33,96		15,12	15,12
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	33,96	33,96		15,12	15,12
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	33,96	33,96		15,12	15,12
4135	Zink, Atomabsorption	7,46	7,46		3,35	3,35
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	39,75	39,75		17,64	17,64
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)2D3, Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	62,11	62,11		27,59	27,59
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	20,70	20,70		9,24	9,24

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4141	Vitamin A	29,81	29,81		13,20	13,20
4142	Vitamin E	29,81	29,81		13,20	13,20
4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)	47,20	47,20		21,00	21,00
4145	Vitamin B1	47,20	47,20		21,00	21,00
4146	Vitamin B6	47,20	47,20		21,00	21,00
4147	Vitamin K	47,20	47,20		21,00	21,00

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4150	Amikacin	20,70	20,70		9,24	9,24
4151	Amphetamin	20,70	20,70		9,24	9,24
4152	Azetaminophen	20,70	20,70		9,24	9,24
4153	Barbiturate	20,70	20,70		9,24	9,24
4154	Benzodiazepine	20,70	20,70		9,24	9,24
4155	Cannabinoide	20,70	20,70		9,24	9,24
4156	Carbamazepin	20,70	20,70		9,24	9,24
4157	Chinidin	20,70	20,70		9,24	9,24
4158	Cocainmetabolite	20,70	20,70		9,24	9,24
4160	Desipramin	20,70	20,70		9,24	9,24
4161	Digitoxin	20,70	20,70		9,24	9,24
4162	Digoxin	20,70	20,70		9,24	9,24
4163	Disopyramid	20,70	20,70		9,24	9,24
4164	Ethosuximid	20,70	20,70		9,24	9,24
4165	Flecainid	20,70	20,70		9,24	9,24
4166	Gentamicin	20,70	20,70		9,24	9,24
4167	Lidocain	20,70	20,70		9,24	9,24
4168	Methadon	20,70	20,70		9,24	9,24
4169	Methotrexat	20,70	20,70		9,24	9,24
4170	N-Azetylprocainamid	20,70	20,70		9,24	9,24
4171	Netilmicin	20,70	20,70		9,24	9,24
4172	Opiate	20,70	20,70		9,24	9,24
4173	Phenobarbital	20,70	20,70		9,24	9,24
4174	Phenytoin	20,70	20,70		9,24	9,24
4175	Primidon	20,70	20,70		9,24	9,24
4176	Propaphenon	20,70	20,70		9,24	9,24
4177	Salizylat	20,70	20,70		9,24	9,24
4178	Streptomycin	20,70	20,70		9,24	9,24
4179	Theophyllin	20,70	20,70		9,24	9,24
4180	Tobramicin	20,70	20,70		9,24	9,24
4181	Valproinsäure	20,70	20,70		9,24	9,24
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	24,85	24,85		11,04	11,04

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4186	Amitriptylin	57,97	57,97		25,80	25,80
4187	Imipramin	57,97	57,97		25,80	25,80
4188	Nortriptylin	57,97	57,97		25,80	25,80

Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4190	Aluminium	33,96	33,96		15,12	15,12
4191	Arsen	33,96	33,96		15,12	15,12
4192	Blei	33,96	33,96		15,12	15,12
4193	Cadmium	33,96	33,96		15,12	15,12
4194	Chrom	33,96	33,96		15,12	15,12
4195	Gold	33,96	33,96		15,12	15,12
4196	Quecksilber	33,96	33,96		15,12	15,12
4197	Thallium	33,96	33,96		15,12	15,12
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen	33,96	33,96		15,12	15,12

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4199	Amiodarone	29,81	29,81		13,20	13,20
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)	29,81	29,81		13,20	13,20
4201	Chinidin	29,81	29,81		13,20	13,20
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	29,81	29,81		13,20	13,20

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4203	Antibiotika	37,26	37,26		16,56	16,56
4204	Antimykotika	37,26	37,26		16,56	16,56

Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4206	Valproinsäure	33,96	33,96		15,12	15,12
4207	Ethanol	33,96	33,96		15,12	15,12
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	33,96	33,96		15,12	15,12

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	39,75	39,75		17,64	17,64
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	74,53	74,53		33,11	33,11
4211	Ethanol, photometrisch	12,42	12,42		5,51	5,51
4212	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	20,70	20,70		9,24	9,24
4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	29,81	29,81		13,20	13,20
4214	Lithium	4,97	4,97		2,16	2,16

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 Agglutinationsoder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4220	Borrelia burgdorferi	7,46	7,46		3,35	3,35
4221	Brucellen	7,46	7,46		3,35	3,35
4222	Campylobacter	7,46	7,46		3,35	3,35
4223	Francisellen	7,46	7,46		3,35	3,35
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ	7,46	7,46		3,35	3,35
4225	Leptospiren	7,46	7,46		3,35	3,35
4226	Listerien, je Typ	7,46	7,46		3,35	3,35
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)	7,46	7,46		3,35	3,35
4228	Salmonellen-H-Antigene	7,46	7,46		3,35	3,35
4229	Salmonellen-O-Antigene	7,46	7,46		3,35	3,35
4230	Staphylolysin	7,46	7,46		3,35	3,35
4231	Streptolysin	7,46	7,46		3,35	3,35
4232	Treponema pallidum (TPHA, Cardiophilinmikroflockungstest, VDRL-Test)	7,46	7,46		3,35	3,35
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ	7,46	7,46		3,35	3,35
4234	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,46	7,46		3,35	3,35

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	Sachkosten
4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)	19,05	19,05		8,52	8,52
4236	Borrelia burgdorferi	19,05	19,05		8,52	8,52
4237	Brucellen	19,05	19,05		8,52	8,52
4238	Campylobacter	19,05	19,05		8,52	8,52
4239	Francisellen	19,05	19,05		8,52	8,52
4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ	19,05	19,05		8,52	8,52
4241	Leptospiren	19,05	19,05		8,52	8,52
4242	Listerien, je Typ	19,05	19,05		8,52	8,52
4243	Rickettsien	19,05	19,05		8,52	8,52
4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen	19,05	19,05		8,52	8,52
4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen	19,05	19,05		8,52	8,52
4246	Staphylolysin	19,05	19,05		8,52	8,52
4247	Streptolysin	19,05	19,05		8,52	8,52
4248	Treponema pallidum (TPHA, Cardiophilinmikroflockungstest, VDRL-Test)	19,05	19,05		8,52	8,52
4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ	19,05	19,05		8,52	8,52
4250	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,05	19,05		8,52	8,52

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	Sachkosten
4251	Bordetella pertussis	24,02	24,02		10,68	10,68
4252	Borrelia burgdorferi	24,02	24,02		10,68	10,68
4253	Chlamydia trachomatis	24,02	24,02		10,68	10,68
4254	Coxiella burneti	24,02	24,02		10,68	10,68
4255	Legionella pneumophila	24,02	24,02		10,68	10,68
4256	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)	24,02	24,02		10,68	10,68
4257	Mycoplasma pneumoniae	24,02	24,02		10,68	10,68
4258	Rickettsien	24,02	24,02		10,68	10,68
4259	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)	24,02	24,02		10,68	10,68
4260	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)	24,02	24,02		10,68	10,68
4261	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,02	24,02		10,68	10,68

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	Sachkosten
4263	Bordetella pertussis	42,23	42,23		18,85	18,85
4264	Borrelia burgdorferi	42,23	42,23		18,85	18,85
4265	Chlamydia trachomatis	42,23	42,23		18,85	18,85
4266	Coxiella burneti	42,23	42,23		18,85	18,85
4267	Legionella pneumophila	42,23	42,23		18,85	18,85
4268	Mycoplasma pneumoniae	42,23	42,23		18,85	18,85
4269	Rickettsien	42,23	42,23		18,85	18,85
4270	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)	42,23	42,23		18,85	18,85
4271	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)	42,23	42,23		18,85	18,85
4272	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	42,23	42,23		18,85	18,85

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4273	Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABSTest)	66,24	66,24		29,40	29,40
------	--	-------	-------	--	-------	-------

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4275	Campylobacter	20,70	20,70		9,24	9,24
4276	Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)	20,70	20,70		9,24	9,24
4277	Chlamydia trachomatis	20,70	20,70		9,24	9,24
4278	Coxiella burneti	20,70	20,70		9,24	9,24
4279	Gonokokken	20,70	20,70		9,24	9,24
4280	Leptospiren	20,70	20,70		9,24	9,24
4281	Listerien	20,70	20,70		9,24	9,24
4282	Mycoplasma pneumoniae	20,70	20,70		9,24	9,24
4283	Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)	20,70	20,70		9,24	9,24
4284	Yersinien	20,70	20,70		9,24	9,24
4285	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4286	Borrelia burgdorferi	28,99	28,99		12,84	12,84
4287	Campylobacter	28,99	28,99		12,84	12,84
4288	Coxiella burneti	28,99	28,99		12,84	12,84
4289	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)	28,99	28,99		12,84	12,84
4290	Mycoplasma pneumoniae	28,99	28,99		12,84	12,84
4291	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	28,99	28,99		12,84	12,84

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	Sachkosten
4293	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	19,05	19,05		8,52	8,52
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	14,90	14,90		6,60	6,60
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell	9,93	9,93		4,44	4,44
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	9,93	9,93		4,44	4,44

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	Sachkosten
4300	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnell-Test); Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	7,46	7,46		3,35	3,35
4301	Röteln-Virus	7,46	7,46		3,35	3,35
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>	7,46	7,46		3,35	3,35

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

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4305	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnell-Test)	19,88	19,88		8,88	8,88
4306	Röteln-Virus	19,88	19,88		8,88	8,88
4307	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	19,88	19,88		8,88	8,88

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4310	Adenoviren	24,02	24,02		10,68	10,68
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	24,02	24,02		10,68	10,68
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	24,02	24,02		10,68	10,68
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	24,02	24,02		10,68	10,68
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	24,02	24,02		10,68	10,68
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	24,02	24,02		10,68	10,68
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	24,02	24,02		10,68	10,68
4317	FSME-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	24,02	24,02		10,68	10,68
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	24,02	24,02		10,68	10,68
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	24,02	24,02		10,68	10,68
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	24,02	24,02		10,68	10,68
4322	HIV 1	24,02	24,02		10,68	10,68
4323	HIV 2	24,02	24,02		10,68	10,68
4324	Influenza A-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4325	Influenza B-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4327	Masern-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4328	Mumps-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4329	Parainfluenza-Virus 1	24,02	24,02		10,68	10,68
4330	Parainfluenza-Virus 2	24,02	24,02		10,68	10,68
4331	Parainfluenza-Virus 3	24,02	24,02		10,68	10,68
4332	Respiratory syncytial virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4333	Tollwut-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4334	Varizella-Zoster-Virus	24,02	24,02		10,68	10,68
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,02	24,02		10,68	10,68

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	Sachkosten
4337	Adenoviren	42,23	42,23		18,85	18,85
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)	42,23	42,23		18,85	18,85
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)	42,23	42,23		18,85	18,85
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)	42,23	42,23		18,85	18,85
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus	42,23	42,23		18,85	18,85
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted	42,23	42,23		18,85	18,85
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)	42,23	42,23		18,85	18,85
4344	FSME-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)	42,23	42,23		18,85	18,85
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)	42,23	42,23		18,85	18,85
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)	42,23	42,23		18,85	18,85
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)	42,23	42,23		18,85	18,85
4349	HIV 1	42,23	42,23		18,85	18,85
4350	HIV 2	42,23	42,23		18,85	18,85
4351	Influenza A-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4352	Influenza B-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4354	Masern-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4355	Mumps-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4356	Parainfluenza-Virus 1	42,23	42,23		18,85	18,85
4357	Parainfluenza-Virus 2	42,23	42,23		18,85	18,85
4358	Parainfluenza-Virus 3	42,23	42,23		18,85	18,85
4359	Respiratory syncytial virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4360	Röteln-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4361	Tollwut-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4362	Varizella-Zoster-Virus	42,23	42,23		18,85	18,85
4363	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	42,23	42,23		18,85	18,85

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	Sachkosten
4365	Adenoviren	20,70	20,70		9,24	9,24
4366	Coronaviren	20,70	20,70		9,24	9,24
4367	Influenza A-Virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4368	Influenza B-Virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4369	Influenza C-Virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4371	Parainfluenza-Virus 1	20,70	20,70		9,24	9,24
4371 a	Parainfluenza-Virus 2	20,70	20,70		9,24	9,24
4372	Parainfluenza-Virus 3	20,70	20,70		9,24	9,24
4373	Polyomaviren	20,70	20,70		9,24	9,24
4374	Reoviren	20,70	20,70		9,24	9,24
4375	Respiratory syncytial virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4381	HBs-Antigen	19,88	19,88		8,88	8,88
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4385	Masern-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4386	Mumps-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4387	Röteln-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4388	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)	19,88	19,88		8,88	8,88
4389	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,88	19,88		8,88	8,88
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4390	Cytomegalie-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4391	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4392	FSME-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4393	HBc-Antigen (IgG und IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4394	Herpes simplex-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4395	HIV	24,85	24,85		11,04	11,04
4396	Masern-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4397	Mumps-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4398	Röteln-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4399	Varizella-Zoster-Virus (IgM)	24,85	24,85		11,04	11,04
4400	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,85	24,85		11,04	11,04
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4402	HBc-Antigen (IgM)	28,99	28,99		12,84	12,84
4403	HBe-Antigen (IgM)	28,99	28,99		12,84	12,84
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	28,99	28,99		12,84	12,84
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4405	Delta-Antigen	66,24	66,24		29,40	29,40
4406	Hepatitis C-Virus	33,12	33,12		14,76	14,76

Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden

Antikörper gegen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot	66,24	66,24		29,40	29,40
4409	HIV, Immunoblot	66,24	66,24		29,40	29,40

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	Sachkosten
4415	Candida albicans	24,02	24,02		10,68	10,68
4416	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,02	24,02		10,68	10,68

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	Sachkosten
4418	Candida albicans	42,23	42,23		18,85	18,85
4419	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	42,23	42,23		18,85	18,85

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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	Sachkosten
4421	Aspergillus	7,46	7,46		3,35	3,35
4422	Candida albicans	7,46	7,46		3,35	3,35
4423	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,46	7,46		3,35	3,35

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	Sachkosten
4425	Aspergillus	19,88	19,88		8,88	8,88
4426	Candida albicans	19,88	19,88		8,88	8,88
4427	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,88	19,88		8,88	8,88

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	Sachkosten
4430	Echinokokken	7,46	7,46		3,35	3,35
4431	Schistosomen	7,46	7,46		3,35	3,35
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,46	7,46		3,35	3,35

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	Sachkosten
4435	Echinokokken	19,88	19,88		8,88	8,88
4436	Schistosomen	19,88	19,88		8,88	8,88
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,88	19,88		8,88	8,88

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	Sachkosten
4440	Entamoeba histolytica	24,02	24,02		10,68	10,68
4441	Leishmanien	24,02	24,02		10,68	10,68
4442	Plasmodien	24,02	24,02		10,68	10,68
4443	Pneumocystis carinii	24,02	24,02		10,68	10,68
4444	Schistosomen	24,02	24,02		10,68	10,68
4445	Toxoplasma gondii	24,02	24,02		10,68	10,68
4446	Trypanosoma cruzi	24,02	24,02		10,68	10,68
4447	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	24,02	24,02		10,68	10,68

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	Sachkosten
4448	Entamoeba histolytica	42,23	42,23		18,85	18,85
4449	Leishmanien	42,23	42,23		18,85	18,85
4450	Pneumocystis carinii	42,23	42,23		18,85	18,85
4451	Plasmodien	42,23	42,23		18,85	18,85
4452	Schistosomen	42,23	42,23		18,85	18,85
4453	Toxoplasma gondii	42,23	42,23		18,85	18,85
4454	Trypanosoma cruzi	42,23	42,23		18,85	18,85
4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	42,23	42,23		18,85	18,85

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	Sachkosten
4456	Echinokokken	20,70	20,70		9,24	9,24
4457	Entamoeba histolytica	20,70	20,70		9,24	9,24
4458	Leishmanien	20,70	20,70		9,24	9,24
4459	Toxoplasma gondii	20,70	20,70		9,24	9,24
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4461	Toxoplasma gondii	19,05	19,05		8,52	8,52
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	19,05	19,05		8,52	8,52
4465	Entamoeba histolytica	28,99	28,99		12,84	12,84
4466	Leishmanien	28,99	28,99		12,84	12,84
4467	Schistosomen	28,99	28,99		12,84	12,84
4468	Toxoplasma gondii	28,99	28,99		12,84	12,84
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	28,99	28,99		12,84	12,84

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	Sachkosten
4500	Betahämolyisierende Streptokokken Typ B	10,76	10,76		4,80	4,80
4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b	10,76	10,76		4,80	4,80
4502	Neisseria meningitidis Typen A und B	10,76	10,76		4,80	4,80
4503	Streptococcus pneumoniae	10,76	10,76		4,80	4,80
4504	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	10,76	10,76		4,80	4,80

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	Sachkosten
4506	Methylenblaufärbung	7,46	7,46		3,35	3,35
4508	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	7,46	7,46		3,35	3,35

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	Sachkosten
4510	Giemsafärbung (Punktate)	9,11	9,11		4,07	4,07
4511	Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)	9,11	9,11		4,07	4,07
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung	9,11	9,11		4,07	4,07
4513	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	9,11	9,11		4,07	4,07

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	Sachkosten
4515	Auraminfärbung	13,24	13,24		5,89	5,89
4516	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	13,24	13,24		5,89	5,89
4518	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	20,70	20,70		9,24	9,24

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	20,70	20,70		9,24	9,24
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	20,70	20,70		9,24	9,24
4522	Legionellen	20,70	20,70		9,24	9,24
4523	Neisseria meningitidis	20,70	20,70		9,24	9,24
4524	Neisseria gonorrhoeae	20,70	20,70		9,24	9,24
4525	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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>	6,63	6,63		3,00	3,00
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>	8,28	8,28		3,73	3,73
4532	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium	8,28	8,28		3,73	3,73
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>	20,70	20,70		9,24	9,24
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	9,93	9,93		4,44	4,44
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>	20,70	20,70		9,24	9,24
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	33,12	33,12		14,76	14,76
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	28,99	28,99		12,84	12,84
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	41,41	41,41		18,36	18,36

c. Identifizierung/Typisierung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	4,97	4,97		2,16	2,16
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	9,93	9,93		4,44	4,44
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	9,93	9,93		4,44	4,44
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	13,24	13,24		5,89	5,89
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim	19,88	19,88		8,88	8,88
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	27,33	27,33		12,13	12,13
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	24,85	24,85		11,04	11,04
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>					

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)	4,97	4,97		2,16	2,16
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)	4,97	4,97		2,16	2,16
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)	4,97	4,97		2,16	2,16
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	4,97	4,97		2,16	2,16
	<i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	24,02	24,02		10,68	10,68

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	Sachkosten
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken	20,70	20,70		9,24	9,24
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	20,70	20,70		9,24	9,24
4563	Legionellen	20,70	20,70		9,24	9,24
4564	Neisseria meningitidis	20,70	20,70		9,24	9,24
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>					

Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4567	Anaerobier	33,96	33,96		15,12	15,12
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	33,96	33,96		15,12	15,12
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie - einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung	47,20	47,20		21,00	21,00
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	47,20	47,20		21,00	21,00

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	9,93	9,93		4,44	4,44
4573	Escherichia coli	9,93	9,93		4,44	4,44
4574	Salmonellen	9,93	9,93		4,44	4,44
4575	Shigellen	9,93	9,93		4,44	4,44
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,93	9,93		4,44	4,44

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	20,70	20,70		9,24	9,24
4579	Pseudomonaden	20,70	20,70		9,24	9,24
4580	Staphylokokken	20,70	20,70		9,24	9,24
4581	Salmonellen	20,70	20,70		9,24	9,24
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	20,70	20,70		9,24	9,24
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	20,70	20,70		9,24	9,24
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	28,99	28,99		12,84	12,84

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	Sachkosten
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum	20,70	20,70		9,24	9,24
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme	20,70	20,70		9,24	9,24
4592	Staphylococcus aureus	20,70	20,70		9,24	9,24
4593	Vibrionen	20,70	20,70		9,24	9,24
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

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	Sachkosten
4596	Clostridium botulinum	20,70	20,70		9,24	9,24
4597	Corynebacterium diphtheriae	20,70	20,70		9,24	9,24
4598	Staphylokokkentoxin	20,70	20,70		9,24	9,24
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	41,41	41,41		18,36	18,36
------	--	-------	-------	--	-------	-------

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

e. Keimzahl, Hemmstoffe

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semi-quantitativ, je Urinuntersuchung	4,97	4,97		2,16	2,16
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	20,70	20,70		9,24	9,24
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	4,97	4,97		2,16	2,16

f. Empfindlichkeitstestung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	1,66	1,66		0,72	0,72
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	2,48	2,48		1,08	1,08
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	4,14	4,14		1,81	1,81
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	6,22	6,22		2,76	2,76
4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4630	Rota-Viren	4,97	4,97		2,16	2,16
4631	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	4,97	4,97		2,16	2,16

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	Sachkosten
4633	Herpes simplex Viren	6,63	6,63		3,00	3,00
4634	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	6,63	6,63		3,00	3,00
4636	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	24,02	24,02		10,68	10,68
4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	263,34	263,34		117,09	117,09

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	Sachkosten
4640	Adeno-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4641	Hepatitis A-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)	20,70	20,70		9,24	9,24
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)	20,70	20,70		9,24	9,24
4644	Influenza-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4645	Parainfluenza-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4646	Rota-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4647	Respiratory syncytial virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4648	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>	20,70	20,70		9,24	9,24

b. Züchtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebe-subkultur, je Ansatz	37,26	37,26		16,56	16,56

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	Sachkosten
4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	20,70	20,70		9,24	9,24
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	20,70	20,70		9,24	9,24
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	27,33	27,33		12,13	12,13
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	24,02	24,02		10,68	10,68
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	263,34	263,34		117,09	117,09

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	Sachkosten
4675	Adeno-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4676	Influenza-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4677	Parainfluenza-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4678	Rota-Viren	20,70	20,70		9,24	9,24
4679	Respiratory syncytial virus	20,70	20,70		9,24	9,24
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4705	Aspergillus	9,93	9,93		4,44	4,44
4706	Candida	9,93	9,93		4,44	4,44
4707	Kryptokokkus neoformans	9,93	9,93		4,44	4,44
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,93	9,93		4,44	4,44
4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen	6,63	6,63		3,00	3,00
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	9,93	9,93		4,44	4,44
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	24,02	24,02		10,68	10,68
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24

b. Züchtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig</i>	8,28	8,28		3,73	3,73
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	9,93	9,93		4,44	4,44
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium <i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>	9,93	9,93		4,44	4,44

c. Identifizierung/Charakterisierung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	9,93	9,93		4,44	4,44
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	20,70	20,70		9,24	9,24
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung	9,93	9,93		4,44	4,44
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	24,02	24,02		10,68	10,68
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay(z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	9,93	9,93		4,44	4,44
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	20,70	20,70		9,24	9,24

d. Empfindlichkeitstestung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	9,93	9,93		4,44	4,44
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
4740	Amöben	9,93	9,93		4,44	4,44
4741	Lamblien	9,93	9,93		4,44	4,44
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)	9,93	9,93		4,44	4,44
4743	Trichomonaden	9,93	9,93		4,44	4,44
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier	9,93	9,93		4,44	4,44
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten	9,93	9,93		4,44	4,44

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4747	Amöben	13,24	13,24		5,89	5,89
4748	Lamblien	13,24	13,24		5,89	5,89
4749	Trichomonaden	13,24	13,24		5,89	5,89
4750	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier	13,24	13,24		5,89	5,89
4751	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	13,24	13,24		5,89	5,89

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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)	20,70	20,70		9,24	9,24
4754	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	20,70	20,70		9,24	9,24
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	16,56	16,56		7,32	7,32
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	20,70	20,70		9,24	9,24
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	24,02	24,02		10,68	10,68
4759	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24

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	20,70	20,70		9,24	9,24
4761	Lamblien	20,70	20,70		9,24	9,24
4762	Trichomonaden	20,70	20,70		9,24	9,24
4763	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	20,70	20,70		9,24	9,24

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	9,93	9,93		4,44	4,44
4766	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>	9,93	9,93		4,44	4,44
4768	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	20,70	20,70		9,24	9,24

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4770	Trypanosoma cruzi	20,70	20,70		9,24	9,24
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand	20,70	20,70		9,24	9,24

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	Sachkosten
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	12,42	12,42		5,51	5,51
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)	82,80	82,80		36,83	36,83
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)	49,68	49,68		22,08	22,08
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	165,62	165,62		73,66	73,66

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	21,21	26,38		9,49	9,49
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	28,27	35,13		12,74	12,74
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	28,27	35,13		12,74	12,74
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	28,27	35,13		12,74	12,74
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	28,27	35,13		12,74	12,74
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.	34,21	42,54		15,28	15,28
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	24,43	30,41		10,90	10,90

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	Sachkosten
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>	8,49	10,58		5,67	5,67

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	12,71	15,80		8,48	8,48
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	17,00	21,16		11,34	11,34
4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate	15,63	19,46		10,48	10,48

III. Zytogenetik

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
4870	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	26,68	33,21		17,84	17,84
4871	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	28,27	35,13		18,96	18,96
4872	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme -	190,58	237,15		127,43	127,43
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - ; Zytogenetik	296,11	368,50		198,08	198,08

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 Freiumschräge 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>	4,89	6,06		3,26	3,26
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	24,43	30,41		16,28	16,28
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	39,08	48,66		26,05	26,05

Finger oder Zehen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5010	jeweils in zwei Ebenen	21,97	26,29		13,95	13,95
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>	7,31	8,75		4,69	4,69

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	26,89	32,13		17,00	17,00
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>	9,77	11,69		6,22	6,22
5022	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumen- oder Sprunggelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5010, 5011 bzw. 5020, 5021	5,86	7,29			

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	Sachkosten
5030	jeweils in zwei Ebenen; ,Kreuzbein oder Hüftgelenk	43,98	52,55		27,90	27,90
5031	ergänzende Ebene(n) <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>	12,21	14,63		7,73	7,73
5032	Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schulterreck- oder Kniegelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5030, 5031	5,86	7,29			
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil <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>	19,54	23,36		12,43	12,43
5037	Bestimmung des Skeletalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung -	36,65	43,81		23,18	23,18
5040	Beckenübersicht	36,65	43,81		23,18	23,18
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	24,40	29,19		15,48	15,48
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrast-mitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	116,05	138,73		73,49	73,49
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	61,09	73,03		38,68	38,68
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	48,87	58,42		30,93	30,93
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	48,87	58,42		30,93	30,93
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	24,40	29,19		15,48	15,48
5098	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -	31,78	37,99		20,17	20,17
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	36,65	43,81		23,18	23,18
5101	ergänzende Ebene(n)	19,54	23,36		12,43	12,43
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	48,87	58,42		30,93	30,93
5106	ergänzende Ebene(n)	21,97	26,29		13,95	13,95
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität ; Skelett	61,09	73,03		38,68	38,68
5111	ergänzende Ebene(n) ; Skelett <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>	24,40	29,19		15,48	15,48
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	48,87	58,42		30,93	30,93
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	31,78	37,99		20,17	20,17
5121	ergänzende Ebene(n)	17,08	20,43		10,76	10,76

2. Hals-und Brustorgane

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sach- kosten
5130	Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen -	34,22	40,89		21,68	21,68
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene <i>Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	34,22	40,89		21,68	21,68
5137	Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen	54,97	65,71		34,81	34,81
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>	21,97	26,29		13,95	13,95
5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	12,21	14,63		7,73	7,73

3. Bauch- und Verdauungsorgane

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophagogastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	67,19	80,33		42,53	42,53
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	85,52	102,25		54,14	54,14
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung - einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 -	146,59	175,26		92,82	92,82
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalggebiet	29,32	36,49		19,53	19,53
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodenojejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -	158,79	189,87		100,55	100,55
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -	85,52	102,25		54,14	54,14
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	171,00	204,46		108,29	108,29
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en) -	122,14	146,03		77,34	77,34
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	97,73	116,84		61,87	61,87
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -	134,36	160,65		85,08	85,08
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	48,87	58,42		30,93	30,93
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion <i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	36,65	43,81		23,18	23,18
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	61,09	73,03		38,68	38,68
5192	Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -	24,40	29,19		15,48	15,48
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -	73,27	87,61		46,41	46,41
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	24,40	29,19		15,48	15,48
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite	36,65	43,81		23,18	23,18
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	36,65	43,81		23,18	23,18

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5235	Refluxzystographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	61,09	73,03		38,68	38,68
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	48,87	58,42		30,93	30,93

4. Beurteilung von Fremdaufnahmen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit einer Begutachtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	14,47	14,47			
5256	bis zu 40 Aufnahmen	25,36	25,36			
5257	über 40 Aufnahmen	50,66	50,66			

5. Spezialuntersuchungen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit einer Begutachtung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	48,87	58,42		30,93	30,93
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene <i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	36,65	43,81		23,18	23,18
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	54,97	65,71		34,81	34,81
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	18,34	21,90		11,60	11,60
5280	Myelographie	91,63	109,54		58,01	58,01
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	54,97	65,71		34,81	34,81
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	79,40	94,93		50,27	50,27
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	23,47	29,20		15,59	15,59

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	Sachkosten
5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	195,46	243,21		130,25	130,25
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>	39,08	48,66		26,05	26,05
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	58,61	72,95		39,07	39,07
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	97,71	121,61		65,13	65,13
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>	19,53	24,32		13,03	13,03
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	29,32	36,49		19,53	19,53
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	195,46	243,21		130,25	130,25
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>	165,06	165,06		130,25	130,25
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	58,61	72,95		39,07	39,07
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>	49,51	49,51		39,07	39,07
5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	78,19	97,29		52,09	52,09
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>	66,02	66,02		52,09	52,09
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	175,92	218,89		117,23	117,23
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	58,61	72,95		39,07	39,07
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	97,71	121,61		65,13	65,13
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	58,61	72,95		39,07	39,07
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>	78,19	97,29		52,09	52,09
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie <i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	215,00	267,55		143,28	143,28
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>	293,18	364,86		195,53	195,53

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	39,08	48,66		26,05	26,05
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>	58,61	72,95		39,07	39,07
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>	234,54	291,87		156,29	156,29
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	293,18	364,86		195,53	195,53
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	39,08	48,66		26,05	26,05
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>	97,71	121,61		65,13	65,13
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>	99,03	99,03		78,16	78,16
5329	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	156,39	194,60		104,20	104,20
5330	Venographie einer Extremität	73,31	91,20		48,86	48,86
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	19,53	24,32		13,03	13,03
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>	66,02	66,02		52,09	52,09
5338	Lymphographie, je Extremität	97,71	121,61		65,13	65,13
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) -, insgesamt	24,43	30,41		16,28	16,28

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	Sachkosten
5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien - 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>	273,63	340,53	7,57	141,02	148,59
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>	58,61	72,95		30,15	30,15
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>	371,36	462,14	7,57	182,07	189,64
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>	97,71	121,61		50,40	50,40
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde -	48,87	60,82		25,19	25,19
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnvorsorgenden Arterien	97,71	121,61		50,40	50,40
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>	195,46	243,21	7,57	100,95	108,52
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>	19,53	24,32		10,05	10,05
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertomie, 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>	195,46	243,21		100,95	100,95

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5356	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertomie, 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>	244,30	304,04		126,15	126,15
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>	342,05	425,64		209,96	209,96
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>	439,77	547,26		227,08	227,08
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>	244,30	304,04		126,15	126,15
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>	195,46	243,21		100,95	100,95
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>	254,08	316,21		131,25	131,25

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	Sachkosten
5369	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	293,18	309,15		195,53	195,53
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs -	195,46	206,09		130,25	130,25
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>	167,45	167,45		90,44	90,44
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>	224,77	237,01		149,79	149,79
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	254,08	267,94		169,33	169,33
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	185,69	195,79		123,74	123,74
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen -	185,69	195,79		123,74	123,74
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>	195,46	206,09		130,25	130,25
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 -	48,87	51,52		32,57	32,57
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion -	66,02	66,02		52,09	52,09
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>	97,71	103,07		65,13	65,13
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	29,32	30,91		19,53	19,53

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>	76,46	76,46			
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>	152,90	152,90			
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>	229,37	229,37			

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	Sachkosten
5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile -	34,21	42,54		22,80	22,80
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) -	127,03	158,11		84,68	84,68
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>	97,71	121,61		65,13	65,13
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ J 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>	117,27	145,94		78,16	78,16

b. Gehirn

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	117,27	145,94		78,16	78,16
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>	87,96	109,44		58,60	58,60

c. Lunge

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt	127,03	158,11		84,68	84,68
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aero-sole oder Stäube	127,03	158,11		84,68	84,68

d. Herz

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	117,27	145,94		78,16	78,16
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>	371,36	462,14		247,63	247,63
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>	97,71	121,61		65,13	65,13
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -	195,46	243,21		130,25	130,25
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>	273,63	340,53		182,50	182,50

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	219,86	273,63		146,53	146,53
5426	Teilkörperskelettszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	123,13	153,24		82,11	82,11
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenzintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -	39,08	48,66		26,05	26,05
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -	219,86	273,63		146,53	146,53

f. Tumorszintigraphie

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5430	eine Region Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch ¹³¹ I), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern	117,27	145,94		78,16	78,16
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch ¹³¹ I), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern	219,86	273,63		146,53	146,53

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	Sachkosten
5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelniere-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards -	273,63	340,53		182,50	182,50
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung -	156,39	194,60		104,20	104,20
5442	Statische Nierenszintigraphie	58,61	72,95		39,07	39,07
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
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) -	68,42	85,13		45,58	45,58
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen -	97,71	121,61		65,13	65,13

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	Sachkosten
5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse -	97,71	121,61		65,13	65,13

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	Sachkosten
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)	127,03	158,11		84,68	84,68
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/ oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	127,03	158,11		84,68	84,68

j. Hämatologie, Angiologie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	87,96	109,44		58,60	58,60
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	215,00	267,55		143,28	143,28
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -	215,00	267,55		143,28	143,28
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	48,87	60,82		32,57	32,57
5465	eine Region	123,13	153,24		82,11	82,11
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten) <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>	219,86	273,63		146,53	146,53

k. Resorptions- und Exkretionsteste

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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 -	92,83	115,52		61,89	61,89

I. Sonstige

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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 -	92,83	115,52		61,89	61,89
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>	87,96	109,44		58,60	58,60
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	131,92	164,18		87,92	87,92

m. Mineralgehalt

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	29,32	36,49		19,53	19,53

n. Ergänzungsleistungen

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	61,91	61,91		43,47	43,47
5481	Sequenzszintigraphie - mindestens sechs Bilder in schneller Folge -	56,11	56,11		39,35	39,35
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	56,11	56,11		39,35	39,35
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) - einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen -	107,26	107,26		75,33	75,33
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler - gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaskpektren -	80,87	80,87		56,78	56,78

o. Emissions-Computer-Tomographie

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	117,27	145,94		78,16	78,16
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	195,46	243,21		130,25	130,25
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	586,37	729,69		390,90	390,90
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	732,93	912,10		488,60	488,60

2. Therapeutische Leistungen

Anwendung offener Radionuklide

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	242,35	301,59		161,55	161,55
5602	Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	131,92	164,18		87,92	87,92
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	105,56	131,34		70,37	70,37
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorge	263,88	328,35		175,83	175,83
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	219,86	273,63		146,53	146,53
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>	87,96	109,44		58,60	58,60
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>	158,32	197,00		105,62	105,62

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	Sachkosten
5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	430,01	453,43		286,70	286,70
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	410,43	432,82		273,67	273,67
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	420,20	443,13		280,18	280,18
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	430,01	453,43		286,70	286,70
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	390,90	412,20		260,64	260,64
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	234,54	247,32		156,29	156,29
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>	390,90	412,20		260,64	260,64
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	97,71	103,07		65,13	65,13
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	82,53	82,53		65,13	65,13

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	66,02	66,02		52,09	52,09
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	586,37	618,30		390,90	390,90

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	Sachkosten
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>	24,43	30,41		16,28	16,28
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	19,53	24,32		13,03	13,03
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>	8,24	8,24		6,51	6,51
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	97,71	121,61		65,13	65,13
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	195,46	243,21		130,25	130,25

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	19,53	24,32		13,03	13,03
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>	18,56	23,10		12,32	12,32
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	87,96	109,44		58,60	58,60

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	146,59	182,43		97,69	97,69
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	41,24	41,24		32,57	32,57
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	165,06	165,06		130,25	130,25
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	70,37	87,56		46,85	46,85
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	11,72	14,58		7,78	7,78
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	97,71	121,61		65,13	65,13
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	11,72	14,58		7,78	7,78

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	Sachkosten
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>	146,59	182,43		97,69	97,69
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	165,06	165,06		130,25	130,25
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	29,32	36,49		19,53	19,53
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	97,71	121,61		65,13	65,13
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	205,23	255,37		136,76	136,76

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung - <i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>	674,29	839,14		449,53	449,53
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	97,71	121,61		65,13	65,13
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	195,46	243,21		130,25	130,25
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>	243,35	302,81		162,25	162,25
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	674,29	839,14		449,53	449,53

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	Sachkosten
6000	<p>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.</p> <p>Die Erstbehandlung findet grundsätzlich in Präsenz statt.</p> <p>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.</p> <p><i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 11,29 Euro</i></p>	175,75	175,75		13,51	13,51

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
6001	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. 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.	24,08	24,08			
6002	Besprechung /Koordination weiterer therapeutische Maßnahme (mit Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder anderen Heilmittelerbringern) 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. Abrechnungsvoraussetzung ist die Dokumentation im Bericht nach Nummer 6003 UV-GOÄ mit Angabe der Therapeutenkontakten (Datum/Name) und der Ergebnisse. Die Leistung ist innerhalb von 6 Monaten bis zu drei Mal abrechenbar. Neben der Nummer 6002 können die Leistungen nach den Nummern. 10, 10a, 17, 17b, 19 sowie 60 - 61 nicht abgerechnet werden. <i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 5,72 Euro</i>	40,26	40,26		6,27	6,27
6003	Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung / Erstanamnese 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. Die Leistung kann nur zusammen mit der Nummer 6000 abgerechnet werden. <i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 2,45 Euro</i>	39,13	39,13		2,69	2,69

Nummer	Leistung	Allg. Heilbeh.	Bes. Heilbeh.	Bes. Kosten	Allg. Kosten	Sachkosten
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>	39,13	39,13		2,69	2,69

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-, Perio-, 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>	28,00

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9671 a	Dauer mindestens 30 Min.	29,25
9671 b	Dauer mindestens 45 Min.	41,99
9671 c	Dauer mindestens 60 Min.	55,62
9672	Logopädische Gruppenbehandlung (max. 3 Personen) mit Beratung der Patienten und ggf. der Eltern, Behandlungsdauer mindestens 45 Min. je Teilnehmer	18,42

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9700	Arzneirezepturen in Krankenanstalten ohne Anstaltsapotheke: Einkaufspreis zuzügl. 10 v. H.	
9701	Arzneirezepturen in Krankenanstalten mit Anstaltsapotheke; 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-Konserve bis 99 ml	52,30
9706	Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	77,20
9707	Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	101,21
9708	Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	116,85
9709	Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	132,65
9710	Vollblut-Konserve 600 ml	148,33

Frischplasma (GFP) - gefroren

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9715	GFP - 1 ml, je ml	0,25

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

Primärstabilisator ggfs. und/oder additive Lösung

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9720	aus Vollblut-Konserve bis 99 ml	43,60
9721	aus Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	63,70
9722	aus Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	79,35
9723	aus Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	92,51
9724	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	106,45
9725	aus Vollblut-Konserve 600 ml	119,52

Gewaschenes Human-Erythrozyten-Konzentrat eigener Herstellung mit Stabilisator

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9730	aus Vollblut-Konserve bis 99 ml	79,35
9731	aus Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	101,21
9732	aus Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	115,99
9733	aus Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	130,05
9734	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	143,96
9735	aus Vollblut-Konserve 600 ml	157,05

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	Konserve bis 499 ml	133,48
9741	Konserve 500 bis 599 ml	147,35
9742	Konserve 600 ml	164,88

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9745	aus Vollblut-Konserve bis 99 ml	78,49
9746	aus Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml	113,43
9747	aus Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml	144,82
9748	aus Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml	167,57
9749	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	193,68

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9750	aus Vollblut 500 ml	124,77

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

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9755	aus Vollblut-Konserve bis 499 ml	98,58
9756	aus Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml	110,76
9757	aus Vollblut-Konserve 600 ml	121,30

Human-Thrombozyten-Konzentrat gefiltert (leukozytenarm/TL)

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9760	aus 500 ml Vollblut	139,63
9761	Human-Thrombozytenpharese-Konzentrat mittels einer Zellseparationszentrifuge gewonnen. Mindestgehalt Thrombozyten 3 x 10 ¹¹	817,29

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	811,92
9766	HLA-Typisierung, Einzelantigene, je	182,04
9767	Kreuzprobe im HLA-System	256,55
9768	Antikörper-Suchtext im HLA-System	159,99
9769	Lymphozyten-Mischkultur MLC	1239,49
9770	Anti-CMV (bei Berücksichtigung des Merkmals Zuschlag für vorausgegangene routinemäßige Austestung)	38,03
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	90,73
9781	20 bis 29 ml	102,85
9782	30 bis 39 ml	115,99
9783	40 bis 49 ml	126,47
9784	50 bis 74 ml	152,66
9785	75 bis 99 ml	177,92
9786	100 u. mehr ml	204,11

Sonstiges

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9790	Knochennägel, Knochenschrauben, Stahlsehnendrähte, Gefäßprothesen, u. ä.	
9791	Gummi-Elastikbinden	
9792	Fotografische Aufnahme, schwarz/weiß oder bunt	0,29
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.	6,55

Röntgenfilmkopie

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9795 a	Format bis 18 x 24	6,08
9795 b	größere Formate	8,77
9795 c	Ausdruck auf Spezialpapier von digital gefertigten Aufnahmen für Dritte, die die Grundleistung nicht bezahlt haben, einschließlich Verpackung und Versand	3,77
9796	Fotokopie	0,21
9797	Wochenbettpackungen	

III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

Nummer	Leistung	Allgemeine Kosten
9800	Pauschalgebühr bei Hämodialyse zum ärztlichen Honorar zusätzlich	400,63
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.