

# Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

GOÄ

Ausfertigungsdatum: 12.11.1982

Vollzitat:

"Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist"

**Stand:** Neugefasst durch Bek. v. 9.2.1996 I 210;  
zuletzt geändert durch Art. 17 G v. 4.12.2001 I 3320

## Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 31.12.1983 +++)

(+++ Maßgaben aufgrund EinigVtr nicht mehr anzuwenden gem. Art. 109 Nr. 3  
Buchst. g DBuchst. ff G v. 8.12.2010 I 1864 mWv 15.12.2010 +++)

## Inhaltsübersicht

|      |  |
|------|--|
| § 1  | Anwendungsbereich  |
| § 2  | Abweichende Vereinbarung   |
| § 3  | Vergütungen  |
| § 4  | Gebühren   |
| § 5  | Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses                             |
| § 5a | Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen  |
| § 5b | Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung |
| § 6  | Gebühren für andere Leistungen   |
| § 6a | Gebühren bei stationärer Behandlung  |
| § 7  | Entschädigungen  |
| § 8  | Wegegeld   |
| § 9  | Reiseentschädigung   |
| § 10 | Ersatz von Auslagen  |
| § 11 | Zahlung durch öffentliche Leistungsträger  |
| § 12 | Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung  |
| § 13 | (weggefallen)  |
| § 14 | Inkrafttreten und Übergangsvorschrift  |

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage)\*)

## § 1 Anwendungsbereich

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

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

## **§ 2 Abweichende Vereinbarung**

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

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

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

## **§ 3 Vergütungen**

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

## **§ 4 Gebühren**

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

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

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
2. Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
3. Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,

wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muß Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung "Physikalische Therapie" oder durch die Gebietsbezeichnung "Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin" qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

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

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

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

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

## **§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses**

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

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

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

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

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

## **§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen**

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

## **§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung**

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

## **§ 6 Gebühren für andere Leistungen**

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

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

## **§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung**

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

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

## **§ 7 Entschädigungen**

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

## **§ 8 Wegegeld**

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

- bis zu zwei Kilometern 7,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 14,- Deutsche Mark,
- 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 13,- Deutsche Mark, bei Nacht 20,- Deutsche Mark,
- 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 20,- Deutsche Mark, bei Nacht 30,- Deutsche Mark,
- 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 30,- Deutsche Mark, bei Nacht 50,- Deutsche Mark.

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

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

## **§ 9 Reiseentschädigung**

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

- 1. 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
- 2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,- Deutsche Mark, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,- Deutsche Mark je Tag,
- 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

(3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

## **§ 10 Ersatz von Auslagen**

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

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

## **§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger**

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

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

## **§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung**

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

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,

2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,- Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

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

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

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

## § 13

(weggefallen)

## § 14

(Inkrafttreten und Übergangsvorschrift)

### Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

(Fundstelle: Anlageband zu BGBl. I 1996, Nr. 10, S. 3 - 157)

| Nummer       | Übersicht  | Seite |
|--------------|--|-------|
| A.           | Gebühren in besonderen Fällen  | 5     |
| 1 bis 107 B. | Grundleistungen und allgemeine Leistungen  | 5     |
| 1 bis 15     | I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen  | 5     |
| A bis K 1    | II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 | 7     |
| 20 bis 34    | III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen                                       | 8     |
| 45 bis 62    | IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz                                | 10    |
| E bis K 2    | V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62                          | 12    |
| 70 bis 96    | VI. Berichte, Briefe   | 13    |
| 100 bis 107  | VII. Todesfeststellung   | 14    |

| Nummer           |       | Übersicht   | Seite |
|------------------|-------|---|-------|
| 200 bis 449      | C.    | Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen   | 14    |
| 200 bis 247      | I.    | Anlegen von Verbänden   | 14    |
| 250 bis 298      | II.   | Blutentnahmen, Injektionen,<br>Infiltrationen, Infusionen,<br>Transfusionen, Implantation,<br>Abstrichentnahmen | 16    |
| 300 bis 321      | III.  | Punktionen  | 19    |
| 340 bis 374      | IV.   | Kontrastmitteleinbringungen   | 20    |
| 375 bis 399      | V.    | Impfungen und Testungen   | 21    |
| 401 bis 424      | VI.   | Sonographische Leistungen   | 22    |
| 427 bis 437      | VII.  | Intensivmedizinische und sonstige<br>Leistungen   | 24    |
| 440 bis 449      | VIII. | Zuschläge zu ambulanten<br>Operations- und<br>Anästhesieleistungen  | 25    |
| 450 bis 498      | D.    | Anästhesieleistungen  | 27    |
| 500 bis 569      | E.    | Physikalisch-medizinische Leistungen  | 29    |
| 500 bis 501      | I.    | Inhalationen  | 29    |
| 505 bis 518      | II.   | Krankengymnastik und<br>Übungsbehandlungen  | 29    |
| 520 bis 527      | III.  | Massagen  | 30    |
| 530 bis 533      | IV.   | Hydrotherapie und Packungen   | 30    |
| 535 bis 539      | V.    | Wärmebehandlung   | 30    |
| 548 bis 558      | VI.   | Elektrotherapie   | 30    |
| 560 bis 569      | VII.  | Lichttherapie   | 31    |
| 600 bis 793      | F.    | Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie   | 31    |
| 800 bis 887      | G.    | Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie  | 40    |
| 1001 bis 1168    | H.    | Geburtshilfe und Gynäkologie  | 43    |
| 1200 bis 1386    | I.    | Augenheilkunde  | 48    |
| 1400 bis 1639    | J.    | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde   | 54    |
| 1700 bis 1860    | K.    | Urologie  | 61    |
| 2000 bis 3321    | L.    | Chirurgie, Orthopädie   | 67    |
| 2000 bis 2010 *) | I.    | Wundversorgung,<br>Fremdkörperentfernung  | 67    |
| 2029 bis 2093    | II.   | Extremitätenchirurgie   | 68    |
| 2100 bis 2196    | III.  | Gelenkchirurgie   | 70    |
| 2203 bis 2241    | IV.   | Gelenkluxationen  | 73    |
| 2250 bis 2297    | V.    | Knochenchirurgie  | 75    |
| 2320 bis 2358    | VI.   | Frakturbehandlung   | 77    |
| 2380 bis 2454    | VII.  | Chirurgie der Körperoberfläche  | 79    |
| 2500 bis 2604    | VIII. | Neurochirurgie  | 81    |
| 2620 bis 2732    | IX.   | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  | 84    |
| 2750 bis 2760    | X.    | Halschirurgie   | 87    |

| Nummer           |       | Übersicht  | Seite |
|------------------|-------|--|-------|
| 2800 bis 2921    | XI.   | Gefäßchirurgie   | 87    |
| 2950 bis 3013    | XII.  | Thoraxchirurgie  | 90    |
| 3050 bis 3097    | XIII. | Herzchirurgie  | 91    |
| 3120 bis 3241    | XIV.  | Ösophaguschirurgie,<br>Abdominalchirurgie  | 93    |
| 3280 bis 3288    | XV.   | Hernienchirurgie   | 96    |
| 3300 bis 3321    | XVI.  | Orthopädisch-chirurgische<br>konservative Leistungen   | 97    |
| 3500 bis 4787    | M.    | Laboratoriumsuntersuchungen  | 98    |
| 3500 bis 3532    | I.    | Vorhalteleistungen in der eigenen,<br>niedergelassenen Praxis  | 99    |
| 3541 bis 3621 *) | II.   | Basislabor   | 100   |
| 3630 bis 4469 *) | III.  | Untersuchungen von körpereigenen<br>oder körperfremden körperfremden<br>Substanzen und körpereigenen<br>Zellen | 103   |
| 4500 bis 4787    | IV.   | Untersuchungen zum Nachweis<br>und zur Charakterisierung von<br>Krankheitserregern                             | 129   |
| 4800 bis 4873    | N.    | Histologie, Zytologie und Zytogenetik  | 138   |
| 4800 bis 4816    | I.    | Histologie   | 138   |
| 4850 bis 4860    | II.   | Zytologie  | 138   |
| 4870 bis 4873    | III.  | Zytogenetik  | 139   |
| 5000 bis 5855    | O.    | Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin,<br>Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie                          | 139   |
| 5000 bis 5380    | I.    | Strahlendiagnostik   | 139   |
| 5400 bis 5607    | II.   | Nuklearmedizin   | 148   |
| 5700 bis 5735    | III.  | Magnetresonanztomographie  | 153   |
| 5800 bis 5855    | IV.   | Strahlentherapie   | 154   |
| 6000 bis 6018    | P.    | Sektionsleistungen   | 157   |

## A. Gebühren in besonderen Fällen

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

## B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.



3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.  
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

#### I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

| Nummer | Leistung   | Punktzahl | Gebühr<br>in DM |
|--------|--|-----------|-----------------|
| 1      | Beratung - auch mittels Fernsprecher -   | 80        | 9,12            |
| 2      | Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes   | 30        | 3,42            |
|        | Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.  |           |                 |
| 3      | Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher -   | 150       | 17,10           |
|        | Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.   |           |                 |
| 4      | Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) - im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken -  | 220       | 25,08           |
|        | Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.   |           |                 |
|        | Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.  |           |                 |
| 5      | Symptombezogene Untersuchung   | 80        | 9,12            |
|        | Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.   |           |                 |
| 6      | Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation - | 100       | 11,40           |

| Nummer | Leistung   | Punktzahl | Gebühr<br>in DM |
|--------|--|-----------|-----------------|
|        | <p>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystem nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;</li> <li>- bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;</li> <li>- bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;</li> <li>- bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;</li> <li>- bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.</li> </ul> <p>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p>   |           |                 |
| 7      | <p>Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation -</p> <p>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;</li> <li>- bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;</li> <li>- bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;</li> <li>- bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;</li> <li>- bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.</li> </ul> <p>Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p> | 160       | 18,24           |
| 8      | <p>Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation</p>   | 260       | 29,64           |

| Nummer | Leistung   | Punktzahl | Gebühr<br>in DM |
|--------|--|-----------|-----------------|
|        | Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.<br>Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.                              |           |                 |
| 11     | Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata  | 60        | 6,84            |
| 15     | Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken<br>Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.<br>Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. | 300       | 34,20           |

## II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8

### Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

|     |   |     |       |
|-----|---|-----|-------|
| A   | Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen<br>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.<br>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.  | 70  | 7,98  |
| B   | Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen  | 180 | 20,52 |
| C   | Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen<br>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.  | 320 | 36,48 |
| D   | Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen<br>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.<br>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.<br>Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig. | 220 | 25,08 |
| K 1 | Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten<br>4. Lebensjahr  | 120 | 13,68 |

## III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen

|    |   |     |       |
|----|---|-----|-------|
| 20 | Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten) | 120 | 13,68 |
|----|---|-----|-------|

|    |   |     |       |
|----|---|-----|-------|
|    | Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 21 | Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung  | 360 | 41,04 |
|    | Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.  |     |       |
|    | Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.   |     |       |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 22 | Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch -                   | 300 | 34,20 |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach Nummer 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 23 | Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins - einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung -  | 300 | 34,20 |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 24 | Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf -einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken -   | 200 | 22,80 |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 25 | Neugeborenen-Erstuntersuchung - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) -   | 200 | 22,80 |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 26 | Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) - | 450 | 51,30 |
|    | Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.   |     |       |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 27 | Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung -  | 320 | 36,48 |
|    | Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.   |     |       |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.   |     |       |

|    |   |     |        |
|----|---|-----|--------|
| 28 | <p>Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung -</p> <p>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</p>   | 280 | 31,92  |
| 29 | <p>Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen - einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p>  | 440 | 50,16  |
| 30 | <p>Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathischindividuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung -einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen -</p> <p>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</p> | 900 | 102,60 |
| 31 | <p>Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens - einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</p>  | 450 | 51,30  |
| 32 | <p>Untersuchung nach den §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung - einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung -; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)</p>   | 400 | 45,60  |
| 33 | <p>Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.</p>  | 300 | 34,20  |

Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.

|    |  |     |       |
|----|--|-----|-------|
| 34 | Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen - | 300 | 34,20 |
|    | Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.  |     |       |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.   |     |       |

#### IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

|    |  |     |       |
|----|--|-----|-------|
| 45 | Visite im Krankenhaus  | 70  | 7,98  |
|    | Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.  |     |       |
|    | Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. |     |       |
|    | Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
|    | Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.   |     |       |
|    | Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.                  |     |       |
| 46 | Zweitvisite im Krankenhaus   | 50  | 5,70  |
|    | Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.  |     |       |
|    | Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. |     |       |
|    | Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
|    | Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden. |     |       |
|    | Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.                  |     |       |
| 48 | Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten -                                     | 120 | 13,68 |
|    | Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 50 | Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung   | 320 | 36,48 |

|    |   |     |       |
|----|---|-----|-------|
|    | Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.  |     |       |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 51 | Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 - einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung -   | 250 | 28,50 |
|    | Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.  |     |       |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 52 | Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z.B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)   | 100 | 11,40 |
|    | Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.  |     |       |
|    | Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.  |     |       |
|    | Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 55 | Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme -  | 500 | 57,-- |
|    | Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 56 | Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen -wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde   | 180 | 20,52 |
|    | 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.  |     |       |
| 60 | Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt   | 120 | 13,68 |
|    | Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.   |     |       |
|    | Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.  |     |       |
|    | Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht 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). |     |       |
| 61 | Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde  | 130 | 14,82 |

Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.

Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.

Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.

|    |  |     |       |
|----|--|-----|-------|
| 62 | Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde | 150 | 17,10 |
|----|--|-----|-------|

Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.

## V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

### Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| E   | Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung  | 160 | 18,24 |
|     | Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig. |     |       |
| F   | Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen   | 260 | 29,64 |
|     | Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| G   | Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen  | 450 | 51,30 |
|     | Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
|     | Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| H   | Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen  | 340 | 38,76 |
|     | Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.  |     |       |
|     | Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| J   | Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag  | 80  | 9,12  |
| K 2 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr  | 120 | 13,68 |

## VI. Berichte, Briefe

|    |   |    |      |
|----|---|----|------|
| 70 | Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung | 40 | 4,56 |
|----|---|----|------|



|    |   |     |       |
|----|---|-----|-------|
| 75 | Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)      | 130 | 14,82 |
|    | Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.   |     |       |
| 76 | Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt   | 70  | 7,98  |
| 77 | Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte | 150 | 17,10 |
|    | Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.   |     |       |
| 78 | Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt                        | 180 | 20,52 |
| 80 | Schriftliche gutachtliche Äußerung  | 300 | 34,20 |
| 85 | Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand -gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung -, je angefangene Stunde Arbeitszeit          | 500 | 57,-- |
| 90 | Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch   | 120 | 13,68 |
| 95 | Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite  | 60  | 6,84  |
| 96 | Schreibgebühr, je Kopie   | 3   | 0,34  |
|    | Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.                    |     |       |

## VII. Todesfeststellung

### Allgemeine Bestimmung

Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.

|     |   |     |       |
|-----|---|-----|-------|
| 100 | Untersuchung eines Toten - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauheines - | 250 | 28,50 |
| 102 | Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten  | 150 | 17,10 |
| 104 | Bulbusentnahme bei einem Toten  | 250 | 28,50 |
| 105 | Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten   | 230 | 26,22 |
| 107 | Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten   | 220 | 25,08 |

## C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

### I. Anlegen von Verbänden

#### Allgemeine Bestimmungen

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.

|     |   |    |      |
|-----|---|----|------|
| 200 | Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -                   | 45 | 5,13 |
| 201 | Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband - ausgenommen Nabelverband - | 65 | 7,41 |

|     |   |     |        |
|-----|---|-----|--------|
| 204 | Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband | 95  | 10,83  |
| 206 | Tape-Verband eines kleinen Gelenks  | 70  | 7,98   |
| 207 | Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband  | 100 | 11,40  |
| 208 | Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband  | 30  | 3,42   |
| 209 | Großflächiges Auftragen von Externa (z.B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung  | 150 | 17,10  |
| 210 | Kleiner Schienenverband - auch als Notverband bei Frakturen -   | 75  | 8,55   |
| 211 | Kleiner Schienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -   | 60  | 6,84   |
| 212 | Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als Notverband bei Frakturen -   | 160 | 18,24  |
| 213 | Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -   | 100 | 11,40  |
| 214 | Abduktionsschienenverband - auch mit Stärke- oder Gipsfixation -  | 240 | 27,36  |
| 217 | Streckverband   | 230 | 26,22  |
| 218 | Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension  | 660 | 75,24  |
| 225 | Gipsfingerling  | 70  | 7,98   |
| 227 | Gipshülse mit Gelenkschienen  | 300 | 34,20  |
| 228 | Gipsschienenverband oder Gipspantoffel  | 190 | 21,66  |
| 229 | Gipsschienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -   | 130 | 14,82  |
| 230 | Zirkulärer Gipsverband - gegebenenfalls als Gipstutor -   | 300 | 34,20  |
| 231 | Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels  | 360 | 41,04  |
| 232 | Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)   | 430 | 49,02  |
| 235 | Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -   | 750 | 85,50  |
| 236 | Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes  | 940 | 107,16 |
| 237 | Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)  | 370 | 42,18  |
| 238 | Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -   | 200 | 22,80  |
| 239 | Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel   | 750 | 85,50  |
| 240 | Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf   | 940 | 107,16 |
| 245 | Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband  | 110 | 12,54  |
| 246 | Abnahme des zirkulären Gipsverbands   | 150 | 17,10  |
| 247 | Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband   | 110 | 12,54  |

## 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.

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 250  | Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene  | 40  | 4,56  |
| 250a | Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr   | 40  | 4,56  |
| 251  | Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie   | 60  | 6,84  |
| 252  | Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär   | 40  | 4,56  |
| 253  | Injektion, intravenös  | 70  | 7,98  |
| 254  | Injektion, intraarteriell  | 80  | 9,12  |
| 255  | Injektion, intraartikulär oder perineural  | 95  | 10,83 |
| 256  | Injektion in den Periduralraum   | 185 | 21,09 |
| 257  | Injektion in den Subarachnoidalraum  | 400 | 45,60 |
| 258  | Injektion, intraaortal oder intrakardial -ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -  | 180 | 20,52 |
| 259  | Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -  | 600 | 68,40 |
| 260  | Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation -  | 200 | 22,80 |
|      | Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 261  | Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter   | 30  | 3,42  |
|      | Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidotem. |     |       |
|      | Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.  |     |       |
| 262  | Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)  | 450 | 51,30 |
| 263  | Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung   | 90  | 10,26 |
| 264  | Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung  | 120 | 13,68 |
| 265  | Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung  | 60  | 6,84  |
| 265a | Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung   | 90  | 10,26 |

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 266  | Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung  | 60  | 6,84  |
| 267  | Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung  | 80  | 9,12  |
| 268  | Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung  | 130 | 14,82 |
| 269  | Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung  | 200 | 22,80 |
| 269a | Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung  | 350 | 39,90 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 270  | Infusion, subkutan  | 80  | 9,12  |
| 271  | Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer   | 120 | 13,68 |
| 272  | Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer   | 180 | 20,52 |
| 273  | Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr   | 180 | 20,52 |
|      | 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 Anästhesieantidotien.  |     |       |
|      | Werden die Leistungen nach Nummer 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.  |     |       |
| 274  | Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung -   | 320 | 36,48 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 275  | Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer   | 360 | 41,04 |
| 276  | Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer  | 540 | 61,56 |
| 277  | Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer   | 180 | 20,52 |
| 278  | Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer   | 240 | 27,36 |
| 279  | Infusion in das Knochenmark   | 180 | 20,52 |
| 280  | Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargennummer -  | 330 | 37,62 |
|      | Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.   |     |       |
| 281  | Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - | 450 | 51,30 |

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
|      | Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.  |     |       |
| 282  | Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 280 oder 281 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -   | 150 | 17,10 |
|      | Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.  |     |       |
| 283  | Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters -   | 500 | 57,-- |
| 284  | Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme -  | 90  | 10,26 |
| 285  | Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband -  | 110 | 12,54 |
| 286  | Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) -   | 220 | 25,08 |
| 286a | Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) -   | 100 | 11,40 |
| 287  | Blutaustauschtransfusion (z.B. bei schwerster Intoxikation)  | 800 | 91,20 |
| 288  | Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung -   | 230 | 26,22 |
| 289  | Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 Grad C bis +6 Grad C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 Grad C oder darunter - | 350 | 39,90 |
| 290  | Infiltration gewebehärtender Mittel  | 120 | 13,68 |
| 291  | Implantation von Hormonpreßlingen  | 70  | 7,98  |
| 297  | Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung -  | 45  | 5,13  |
|      | Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.   |     |       |
| 298  | Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung -   | 40  | 4,56  |
|      | Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.   |     |       |

### III. Punktionen

#### Allgemeine Bestimmungen

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

|     |                        |     |       |
|-----|------------------------|-----|-------|
| 300 | Punktion eines Gelenks | 120 | 13,68 |
|-----|------------------------|-----|-------|

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 301  | Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks  | 160 | 18,24 |
| 302  | Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks   | 250 | 28,50 |
| 303  | Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile  | 80  | 9,12  |
| 304  | Punktion der Augenhöhle   | 160 | 18,24 |
| 305  | Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)  | 350 | 39,90 |
| 305a | Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle   | 250 | 28,50 |
| 306  | Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge -oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung   | 500 | 57,-- |
| 307  | Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle  | 250 | 28,50 |
| 308  | Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion -  | 350 | 39,90 |
| 310  | Punktion des Herzbeutels  | 350 | 39,90 |
| 311  | Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -  | 200 | 22,80 |
| 312  | Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -  | 300 | 34,20 |
| 314  | Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens   | 120 | 13,68 |
| 315  | Punktion eines Organs (z.B. Leber, Milz, Niere, Hoden)  | 250 | 28,50 |
| 316  | Punktion des Douglasraums   | 250 | 28,50 |
| 317  | Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -  | 350 | 39,90 |
| 318  | Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs  | 120 | 13,68 |
| 319  | Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse   | 200 | 22,80 |
| 321  | Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Installation - | 50  | 5,70  |

#### IV. Kontrastmitteleinbringungen

##### Allgemeine Bestimmungen

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

|     |   |     |       |
|-----|---|-----|-------|
| 340 | Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume  | 400 | 45,60 |
| 344 | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer  | 100 | 11,40 |
| 345 | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer  | 130 | 14,82 |
| 346 | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion  | 300 | 34,20 |
| 347 | Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 - | 150 | 17,10 |
| 350 | Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels   | 150 | 17,10 |
| 351 | Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader  | 500 | 57,-- |

|     |   |      |        |
|-----|---|------|--------|
|     | Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig   |      |        |
| 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                      | 600  | 68,40  |
|     | Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig. Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig                                    |      |        |
| 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  | 400  | 45,60  |
|     | Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig  |      |        |
|     | Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig  |      |        |
| 357 | Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta - einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung  | 500  | 57,--  |
|     | Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig   |      |        |
| 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 Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden. | 1000 | 114,-- |
|     | Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 361 | Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes - im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 -   | 600  | 68,40  |
|     | Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig   |      |        |
| 365 | Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität  | 400  | 45,60  |
| 368 | Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie  | 400  | 45,60  |
| 370 | Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ -  | 200  | 22,80  |
| 372 | Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum   | 280  | 31,92  |
| 373 | Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk   | 250  | 28,50  |
| 374 | Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde  | 150  | 17,10  |

## V. Impfungen und Testungen

## Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats 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 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 375 | Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß -  | 80  | 9,12  |
| 376 | Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch -  | 80  | 9,12  |
| 377 | Zusatzinjektion bei Parallelimpfung  | 50  | 5,70  |
| 378 | Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)   | 120 | 13,68 |
| 380 | Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)   | 30  | 3,42  |
| 381 | Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)  | 20  | 2,28  |
| 382 | Epikutantest, je Text (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)   | 15  | 1,71  |
|     | Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 383 | Kutane Testung (z.B. von Pirquet, Moro)  | 30  | 3,42  |
| 384 | Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)  | 40  | 4,56  |
| 385 | Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)  | 45  | 5,13  |
| 386 | Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)   | 30  | 3,42  |
| 387 | Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)   | 20  | 2,28  |
|     | Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig  |     |       |
| 388 | Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)  | 35  | 3,99  |
| 389 | Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test  | 25  | 2,85  |
| 390 | Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)   | 60  | 6,84  |
| 391 | Intrakutantest, jeder weitere Test   | 40  | 4,56  |
|     | Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig   |     |       |
| 393 | Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzeloder Gruppenextrakt, je Test  | 100 | 11,40 |
| 394 | Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag  | 300 | 34,20 |
| 395 | Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test | 280 | 31,92 |
| 396 | Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag  | 560 | 63,84 |



|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 397 | Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test   | 380 | 43,32 |
| 398 | Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag  | 760 | 86,64 |
| 399 | Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen - | 200 | 22,80 |

## VI. Sonographische Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zuschläge nach den Nummern 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
6. 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.
7. Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 401 | Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung - | 400 | 45,60 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.                             |     |       |
| 402 | Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung  | 250 | 28,50 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 403 | Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung   | 150 | 17,10 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 404 | Zuschlag zu doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - einschließlich graphischer oder Bilddokumentation -                            | 250 | 28,50 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.                                     |     |       |
| 405 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler -   | 200 | 22,80 |

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
| 406  | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -   | 200 | 22,80 |
| 408  | Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung   | 200 | 22,80 |
| 410  | Ultraschalluntersuchung eines Organs<br>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.  | 200 | 22,80 |
| 412  | Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr  | 280 | 31,92 |
| 413  | Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr   | 280 | 31,92 |
| 415  | Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge - gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung -  | 300 | 34,20 |
| 417  | Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse   | 210 | 23,94 |
| 418  | Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten -   | 210 | 23,94 |
| 420  | Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ<br>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.<br>Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.       | 80  | 9,12  |
| 422  | Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -  | 200 | 22,80 |
| 423  | Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation -einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -   | 500 | 57,-- |
| 424  | Zweidimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation -einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)  | 700 | 79,80 |
| <b>VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen</b> |   |     |       |
| 427  | Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer   | 150 | 17,10 |
| 428  | Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag<br>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig. | 220 | 25,08 |
| 429  | Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation -   | 400 | 45,60 |
| 430  | Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens   | 400 | 45,60 |
| 431  | Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.<br>Elektrokardioskopie im Notfall   | 100 | 11,40 |

|     |  |     |        |
|-----|--|-----|--------|
| 433 | Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -  | 140 | 15,96  |
| 435 | Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung - einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist -, bis zu 24 Stunden Dauer  | 900 | 102,60 |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden. |     |        |
|     | Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.  |     |        |
|     | Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.   |     |        |
| 437 | Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer  | 500 | 57,--  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M - mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) - nicht berechnungsfähig.  |     |        |

## VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- oder Aufwächräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.
2. Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
  - nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
  - nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
  - nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,

- nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
- nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K,
- oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L

zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

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

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 440 | Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen   | 400 | 45,60 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.  |     |       |
| 441 | Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung   |     |       |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132 Deutsche Mark. |     |       |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.  |     |       |
| 442 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind                      | 400 | 45,60 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.  |     |       |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.                                     |     |       |

|     |   |      |        |
|-----|---|------|--------|
| 443 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind   | 750  | 85,50  |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 444 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind  | 1300 | 148,20 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 445 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind   | 2200 | 250,80 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 446 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind  | 300  | 34,20  |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 447 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind   | 650  | 74,10  |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 448 | Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/ oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen | 600  | 68,40  |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 449 | Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen  | 900  | 102,60 |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
|     | Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.  |      |        |

## D. Anästhesieleistungen

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

|     |   |     |        |
|-----|---|-----|--------|
| 450 | Rauschnarkose - auch mit Lachgas -  | 76  | 8,66   |
| 451 | Intravenöse Kurznarkose   | 121 | 13,79  |
| 452 | Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)  | 190 | 21,66  |
| 453 | Vollnarkose   | 210 | 23,94  |
| 460 | Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflationsnarkose -, bis zu einer Stunde   | 404 | 46,06  |
| 461 | Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflationsnarkose -, jede weitere angefangene halbe Stunde   | 202 | 23,03  |
| 462 | Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde  | 510 | 58,14  |
| 463 | Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde  | 348 | 39,67  |
| 469 | Kaudalanästhesie  | 250 | 28,50  |
| 470 | Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer   | 400 | 45,60  |
| 471 | Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer   | 600 | 68,40  |
| 472 | Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer   | 800 | 91,20  |
| 473 | Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer   | 600 | 68,40  |
| 474 | Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer   | 900 | 102,60 |
| 475 | Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag | 450 | 51,30  |
| 476 | Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer  | 380 | 43,32  |
| 477 | Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde   | 190 | 21,66  |
| 478 | Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer  | 230 | 26,22  |
| 479 | Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde  | 115 | 13,11  |
| 480 | Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose  | 222 | 25,31  |
| 481 | Kontrollierte Hypothermie während der Narkose   | 475 | 54,15  |
| 483 | Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig   | 46  | 5,24   |
| 484 | Lokalanästhesie des Kehlkopfes  | 46  | 5,24   |

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 485 | Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle  | 46  | 5,24  |
| 488 | Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase   | 46  | 5,24  |
| 489 | Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens - | 145 | 16,53 |
| 490 | Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke  | 61  | 6,95  |
| 491 | Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie -                                 | 121 | 13,79 |
| 493 | Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst -  | 61  | 6,95  |
| 494 | Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusnästhesie -  | 121 | 13,79 |
| 495 | Leitungsanästhesie, retrobulbär  | 121 | 13,79 |
| 497 | Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika    | 220 | 25,08 |
| 498 | Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika      | 300 | 34,20 |

## **E. Physikalisch-medizinische Leistungen**

### Allgemeine Bestimmungen

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

### **I. Inhalationen**

|     |  |    |      |
|-----|--|----|------|
| 500 | Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -                        | 38 | 4,33 |
| 501 | Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z.B. Bird-Respirator) | 86 | 9,80 |

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

### **II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen**

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 505 | Atmungsbehandlung - einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen -   | 85  | 9,69  |
| 506 | Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -   | 120 | 13,68 |
| 507 | Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) -   | 80  | 9,12  |
| 508 | Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad  | 110 | 12,54 |
| 509 | Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer                                      | 38  | 4,33  |
| 510 | Übungsbehandlung auch mit Anwendung mediko-mechanischer Apparate, je Sitzung   | 70  | 7,98  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
| 514 | Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät  | 105 | 11,97 |
| 515 | Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)   | 38  | 4,33  |
| 516 | Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät  | 65  | 7,41  |
| 518 | Prothesengebrauchsschulung des Patienten -gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson -, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung | 120 | 13,68 |

### **III. Massagen**

|  |  |     |       |
|--|--|-----|-------|
| 520                                    | Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)  | 45  | 5,13  |
| 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                                 | 65  | 7,41  |
| 523                                    | Massage im extramuskulären Bereich (z.B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)   | 65  | 7,41  |
| 525                                    | Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung   | 35  | 3,99  |
| 526                                    | Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung  | 55  | 6,27  |
| 527                                    | Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)   | 94  | 10,72 |
| <b>IV. Hydrotherapie und Packungen</b> |  |     |       |
| 530                                    | Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung  | 35  | 3,99  |
| 531                                    | Leitung eines ansteigenden Teilbades   | 46  | 5,24  |
| 532                                    | Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)   | 76  | 8,66  |
| 533                                    | Subaquales Darmbad   | 150 | 17,10 |
| <b>V. Wärmebehandlung</b>              |  |     |       |
| 535                                    | Heißluftbehandlung eines Körperteils (z.B. Kopf oder Arm)  | 33  | 3,76  |
| 536                                    | Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z.B. Rumpf oder Beine)  | 51  | 5,81  |
| 538                                    | Infrarotbehandlung, je Sitzung   | 40  | 4,56  |
| 539                                    | Ultraschallbehandlung  | 44  | 5,02  |
| <b>VI. Elektrotherapie</b>             |  |     |       |
| 548                                    | Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)   | 37  | 4,22  |
| 549                                    | Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung  | 55  | 6,27  |
| 551                                    | Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme)<br>- auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden -   | 48  | 5,47  |
|  | 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. |     |       |
| 552                                    | Iontophorese   | 44  | 5,02  |
| 553                                    | Vierzellenbad  | 46  | 5,24  |
| 554                                    | Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)  | 91  | 10,37 |
| 555                                    | Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung   | 120 | 13,68 |
| 558                                    | Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung   | 120 | 13,68 |
| <b>VII. Lichttherapie</b>              |  |     |       |
| 560                                    | Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung  | 31  | 3,53  |



Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 561 | Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht                            | 31  | 3,53  |
| 562 | Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung         | 46  | 5,24  |
|     | Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. |     |       |
| 563 | Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes   | 46  | 5,24  |
| 564 | Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung                                     | 91  | 10,37 |
| 565 | Photochemotherapie, je Sitzung   | 120 | 13,68 |
| 566 | Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag   | 500 | 57,-- |
| 567 | Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung   | 91  | 10,37 |
| 569 | Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test               | 30  | 3,42  |

#### **F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie**

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 600  | Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung  | 73  | 8,32  |
| 601  | Hyperventilationsprüfung  | 44  | 5,02  |
| 602  | Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) -gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -  | 152 | 17,33 |
| 603  | Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung -  | 90  | 10,26 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 604  | Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - | 160 | 18,24 |
|      | 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.  |     |       |
| 605  | Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden   | 242 | 27,59 |
| 605a | Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -   | 140 | 15,96 |
| 606  | Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhe-spirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie -   | 379 | 43,21 |
| 607  | Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)   | 242 | 27,59 |
| 608  | Ruhe-spirographische Teiluntersuchung (z.B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt  | 76  | 8,66  |
| 609  | Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen   | 182 | 20,75 |
|      | Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.  |     |       |

|     |   |      |        |
|-----|---|------|--------|
| 610 | Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) - gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung -  | 605  | 68,97  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 611 | Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters -  | 605  | 68,97  |
| 612 | Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen . Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. | 757  | 86,30  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 614 | Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks   | 150  | 17,10  |
| 615 | Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)  | 227  | 25,88  |
| 616 | Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung   | 303  | 34,54  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 617 | Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase   | 341  | 38,87  |
| 620 | Rheographische Untersuchung der Extremitäten  | 152  | 17,33  |
|     | Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.  |      |        |
| 621 | Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)   | 127  | 14,48  |
| 622 | Akrale infraton-oszillographische Untersuchung  | 182  | 20,75  |
| 623 | Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z.B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen  | 140  | 15,96  |
|     | Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.                                    |      |        |
| 624 | Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung  | 330  | 37,62  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 626 | Rechtsherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -  | 1000 | 114,-- |
|     | 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.   |      |        |
| 627 | Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -   | 1500 | 171,-- |

|     |   |      |        |
|-----|---|------|--------|
|     | 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.   |      |        |
| 628 | Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360          | 800  | 91,20  |
|     | 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.   |      |        |
| 629 | Transseptaler Linksherzkatheterismus -einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -  | 2000 | 228,-- |
|     | 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.   |      |        |
| 630 | Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle -  | 908  | 103,51 |
|     | Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.   |      |        |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 631 | Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle -                                    | 1110 | 126,54 |
| 632 | Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle - | 1210 | 137,94 |
|     | Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.   |      |        |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 634 | Lichtreflex-Rheographie   | 120  | 13,68  |
| 635 | Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten   | 227  | 25,88  |
| 636 | Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z.B. mit Temperaturreizen)  | 379  | 43,21  |
| 637 | Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung -   | 227  | 25,88  |

|     |   |      |        |
|-----|---|------|--------|
| 638 | Punktuelle Arterien - und/oder Venenpulsschreibung  | 121  | 13,79  |
| 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) | 454  | 51,76  |
| 640 | Phlebodynamometrie  | 650  | 74,10  |
| 641 | Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung   | 413  | 47,08  |
| 642 | Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung  | 554  | 63,16  |
| 643 | Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung  | 120  | 13,68  |
| 644 | Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -  | 180  | 20,52  |
| 645 | Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -   | 650  | 74,10  |
| 646 | Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisierung sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)  | 605  | 68,97  |
| 647 | Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -  | 220  | 25,08  |
| 648 | Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, -einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle -  | 605  | 68,97  |
| 649 | Transkranielle, doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung -  | 650  | 74,10  |
| 650 | Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG -   | 152  | 17,33  |
| 651 | Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)  | 253  | 28,84  |
| 652 | Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung -   | 445  | 50,73  |
| 653 | Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege  | 253  | 28,84  |
|     | Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.  |      |        |
| 654 | Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -   | 150  | 17,10  |
| 655 | Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652   | 152  | 17,33  |
| 656 | Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle  | 1820 | 207,48 |
| 657 | Vektorkardiographische Untersuchung   | 253  | 28,84  |

|     |  |      |        |
|-----|--|------|--------|
| 659 | Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung  | 400  | 45,60  |
| 660 | Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen - einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung - | 303  | 34,54  |
| 661 | Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - gegebenenfalls mit Magnettest -   | 530  | 60,42  |
| 665 | Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur ohne Kohlensäurebestimmung   | 121  | 13,79  |
| 666 | Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur mit Kohlensäurebestimmung  | 227  | 25,88  |
| 669 | Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)  | 212  | 24,17  |
| 670 | Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung  | 120  | 13,68  |
| 671 | Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit -  | 120  | 13,68  |
| 672 | Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert -   | 120  | 13,68  |
| 674 | Anlage eines Pneumothorax - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -   | 370  | 42,18  |
| 675 | Pneumothoraxfüllung - gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung -   | 275  | 31,35  |
| 676 | Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen<br>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.  | 800  | 91,20  |
| 677 | Bronchoskopie oder Thorakoskopie   | 600  | 68,40  |
| 678 | Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) -gegebenenfalls einschließlich Lavage -   | 900  | 102,60 |
| 679 | Mediastinoskopie - gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 1100 | 125,40 |
| 680 | Ösophagoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 550  | 62,70  |
| 681 | Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Fremdkörperentfernung) -gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 825  | 94,05  |
| 682 | Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 850  | 96,90  |
| 683 | Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente -gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 1000 | 114,-- |
| 684 | Bulboskopie - gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 1200 | 136,80 |
| 685 | Duodeno-/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 1350 | 153,90 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 686  | Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 1500 | 171,-- |
| 687  | Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 1500 | 171,-- |
| 688  | Partielle Koloskopie - gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 900  | 102,60 |
| 689  | Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 700  | 79,80  |
| 690  | Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 350  | 39,90  |
| 691  | Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 1400 | 159,60 |
| 692  | Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung | 1900 | 216,60 |
| 692a | Plazierung einer Drainage in den Gallenoder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach Nummer 685, 686 oder 692 -  | 400  | 45,60  |
| 693  | Langzeit-pH-metrie des Ösophagus - einschließlich Sondeneinführung -   | 300  | 34,20  |
| 694  | Manometrische Untersuchung des Ösophagus   | 500  | 57,--  |
| 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 -                              | 400  | 45,60  |
| 696  | Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 -   | 200  | 22,80  |
| 697  | Saugbiopsie des Dünndarms - gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 400  | 45,60  |
| 698  | Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich   | 200  | 22,80  |
| 699  | Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung  | 120  | 13,68  |
| 700  | Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie -gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 800  | 91,20  |
| 701  | Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -   | 1050 | 119,70 |
| 703  | Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen  | 500  | 57,--  |
| 705  | Proktoskopie   | 152  | 17,33  |
| 706  | Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung  | 600  | 68,40  |
| 714  | Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik  | 180  | 20,52  |

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 715 | Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes   | 220 | 25,08 |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 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   | 69  | 7,87  |
| 717 | Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z.B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang  | 110 | 12,54 |
| 718 | Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung   | 251 | 28,61 |
|     | Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.   |     |       |
| 719 | Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten  | 251 | 28,61 |
| 725 | Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung - gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson -, Dauer mindestens 45 Minuten  | 300 | 34,20 |
|     | 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.   |     |       |
| 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 | 300 | 34,20 |
|     | 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.   |     |       |
| 740 | Kryotherapie der Haut, je Sitzung  | 71  | 8,09  |
| 741 | Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung   | 76  | 8,66  |
| 742 | Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z.B. Hirsutismus), je Sitzung  | 165 | 18,81 |
| 743 | Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung  | 75  | 8,55  |
| 744 | Stanzen der Haut, je Sitzung   | 80  | 9,12  |
| 745 | Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel  | 46  | 5,24  |
| 746 | Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung  | 46  | 5,24  |

|     |   |     |       |
|-----|---|-----|-------|
| 747 | Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung  | 44  | 5,02  |
| 748 | Hautdrainage  | 76  | 8,66  |
| 750 | Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung  | 120 | 13,68 |
| 752 | Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion -  | 150 | 17,10 |
| 755 | Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung                               | 240 | 27,36 |
| 756 | Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen  | 121 | 13,79 |
| 757 | Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -  | 150 | 17,10 |
| 758 | Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung   | 75  | 8,55  |
| 759 | Bestimmung der Alkalinisationszeit  | 76  | 8,66  |
| 760 | Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)  | 121 | 13,79 |
| 761 | UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau -  | 76  | 8,66  |
| 762 | Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch   | 130 | 14,82 |
| 763 | Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - gegebenenfalls einschließlich Naht -   | 148 | 16,87 |
| 764 | Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung  | 190 | 21,66 |
| 765 | Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)   | 280 | 31,92 |
| 766 | Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung  | 225 | 25,65 |
| 768 | Ätzung im Enddarmbereich als selbständige Leistung  | 50  | 5,70  |
| 770 | Ausräumung des Mastdarms mit der Hand   | 140 | 15,96 |
| 780 | Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus  | 242 | 27,59 |
| 781 | Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung  | 76  | 8,66  |
| 784 | Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -  | 275 | 31,35 |
| 785 | Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Sitzung  | 330 | 37,62 |
| 786 | Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung   | 55  | 6,27  |
| 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 | 500 | 57,-- |
| 791 | Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse  | 320 | 36,48 |
| 792 | Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung           | 440 | 50,16 |



|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
| 793  | <p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag</p> <p>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.</p> <p>Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.</p> <p>Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) 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.</p> | 115 | 13,11 |
| <br>   |   |     |       |
| <b>G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie</b> |   |     |       |
| 800  | <p>Eingehende neurologische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</p>   | 195 | 22,23 |
| 801  | <p>Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</p>   | 250 | 28,50 |
| 804  | <p>Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration -</p>  | 150 | 17,10 |
| 806  | <p>Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation - gegebenenfalls unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten -, Mindestdauer 20 Minuten</p>   | 250 | 28,50 |
| 807  | <p>Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen</p> <p>Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</p>   | 400 | 45,60 |
| 808  | <p>Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie - einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten -</p>  | 400 | 45,60 |
| 812  | <p>Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch</p>  | 500 | 57,-- |
| 816  | <p>Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen -</p>   | 180 | 20,52 |

|      |  |     |        |
|------|--|-----|--------|
| 817  | Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen  | 180 | 20,52  |
| 825  | Genauere Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung   | 83  | 9,46   |
| 826  | Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung -<br>Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig. | 99  | 11,29  |
| 827  | Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen -   | 605 | 68,97  |
| 827a | Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung -  | 950 | 108,30 |
| 828  | Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)   | 605 | 68,97  |
| 829  | Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -   | 160 | 18,24  |
| 830  | Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen   | 80  | 9,12   |
| 831  | Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z.B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen -   | 80  | 9,12   |
| 832  | Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation   | 158 | 18,01  |
| 833  | Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen -<br>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.             | 285 | 32,49  |
| 835  | Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind                                      | 64  | 7,30   |
| 836  | Intravenöse Konvulsionstherapie  | 190 | 21,66  |
| 837  | Elektrische Konvulsionstherapie  | 273 | 31,12  |
| 838  | Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln  | 550 | 62,70  |
| 839  | Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit   | 700 | 79,80  |
| 840  | Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -   | 700 | 79,80  |
| 842  | Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik<br>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.   | 500 | 57,--  |
| 845  | Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose  | 150 | 17,10  |
| 846  | Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten  | 150 | 17,10  |

|     |   |     |        |
|-----|---|-----|--------|
| 847 | Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer   | 45  | 5,13   |
| 849 | Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten   | 230 | 26,22  |
| 855 | Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt   | 722 | 82,31  |
| 856 | Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt   | 361 | 41,15  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.   |     |        |
| 857 | Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests), insgesamt                         | 116 | 13,22  |
|     | Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.   |     |        |
| 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 | 920 | 104,88 |
|     | 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.   |     |        |
| 861 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten   | 690 | 78,66  |
| 862 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer   | 345 | 39,33  |
| 863 | Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten   | 690 | 78,66  |
| 864 | Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer   | 345 | 39,33  |
| 865 | Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung   | 345 | 39,33  |
| 870 | Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten -   | 750 | 85,50  |
| 871 | Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer   | 150 | 17,10  |
|     | Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.  |     |        |
| 885 | Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge                        | 500 | 57,--  |

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
| 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 | 700 | 79,80 |
| 887 | Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer   | 200 | 22,80 |

#### H. Geburtshilfe und Gynäkologie

##### Allgemeine Bestimmungen

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1001 | Tokographische Untersuchung  | 120  | 13,68  |
| 1002 | Externe kardiotokographische Untersuchung  | 200  | 22,80  |
| 1003 | Interne kardiotokographische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie -<br><br>Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig. | 379  | 43,21  |
| 1010 | Amnioskopie  | 148  | 16,87  |
| 1011 | Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme -   | 266  | 30,32  |
| 1012 | Blutentnahme beim Fetus  | 74   | 8,44   |
| 1013 | Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -  | 178  | 20,29  |
| 1014 | Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut -  | 296  | 33,74  |
| 1020 | Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - gegebenenfalls einschließlich Eipollösung -   | 148  | 16,87  |
| 1021 | Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe   | 266  | 30,32  |
| 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   | 1300 | 148,20 |
| 1025 | Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende  | 554  | 63,16  |
| 1026 | Entbindung durch Vakuumextraktion  | 832  | 94,85  |
| 1027 | Entbindung durch Zange   | 832  | 94,85  |
| 1028 | Äußere Wendung   | 370  | 42,18  |
| 1029 | Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion -  | 1110 | 126,54 |
| 1030 | Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich<br><br>Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.   | 370  | 42,18  |
| 1031 | Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion  | 1950 | 222,30 |
| 1032 | Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus   | 2310 | 263,34 |
| 1035 | Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation   | 2030 | 231,42 |
| 1036 | Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation  | 2770 | 315,78 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 1040 | Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage - | 350  | 39,90  |
| 1041 | Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament  | 824  | 93,94  |
| 1042 | Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe   | 554  | 63,16  |
| 1043 | Naht des Gebärmutterhalses - einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses -                                   | 620  | 70,68  |
| 1044 | Naht der weichen Geburtswege - auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung - und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses | 420  | 47,88  |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 1045 | Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades)  | 924  | 105,34 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 1048 | Operation einer Extrauterinschwangerschaft  | 2310 | 263,34 |
| 1049 | Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes -   | 296  | 33,74  |
| 1050 | Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung  | 296  | 33,74  |
| 1051 | Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe  | 185  | 21,09  |
| 1052 | Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff   | 739  | 84,25  |
| 1055 | Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals -                      | 800  | 91,20  |
| 1056 | Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals -                                  | 1200 | 136,80 |
|      | Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.       |      |        |
| 1060 | Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion  | 924  | 105,34 |
| 1061 | Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos  | 185  | 21,09  |
| 1062 | Vaginoskopie bei einer Virgo  | 178  | 20,29  |
| 1063 | Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr  | 240  | 27,36  |
| 1070 | Kolposkopie   | 73   | 8,32   |
| 1075 | Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen -      | 45   | 5,13   |
| 1080 | Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes  | 106  | 12,08  |
| 1081 | Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung   | 59   | 6,73   |
| 1082 | Ausstopfung der Gebärmutter - gegebenenfalls einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung   | 178  | 20,29  |
| 1083 | Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung  | 70   | 7,98   |

|       |  |      |        |
|-------|--|------|--------|
| 1084  | Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung   | 118  | 13,45  |
| 1085  | Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung  | 296  | 33,74  |
| 1086  | Konisation der Portio  | 296  | 33,74  |
| 1087  | Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters   | 55   | 6,27   |
| 1088  | Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes   | 93   | 10,60  |
| 1089  | Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide   | 463  | 52,78  |
| 1090  | Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars   | 52   | 5,93   |
| 1091  | Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars  | 106  | 12,08  |
| 1092  | Entfernung eines Intrauterinpessars  | 52   | 5,93   |
| 1095  | Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter  | 2310 | 263,34 |
| 1096  | Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung  | 148  | 16,87  |
| 1097  | Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - gegebenenfalls einschließlich Naht -   | 296  | 33,74  |
| 1098  | Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide   | 296  | 33,74  |
| 1099  | Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra   | 647  | 73,76  |
| 1102  | Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund  | 148  | 16,87  |
| 1103  | Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen -  | 185  | 21,09  |
| 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 - | 647  | 73,76  |
| 1105  | Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten -  | 180  | 20,52  |
| 1110  | Hysteroskopie  | 444  | 50,62  |
| 1111  | Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en)   | 739  | 84,25  |
| 1112  | Tubendurchblasung  | 296  | 33,74  |
| 1113  | Tubendurchblasung mit Druckschreibung  | 420  | 47,88  |
| 1114  | Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens -   | 370  | 42,18  |
| 1120  | Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses - auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina -   | 647  | 73,76  |
| 1121  | Operation eines alten vollkommenen Dammrisses  | 1660 | 189,24 |
|       | Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1122  | Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses  | 739  | 84,25  |
| 1123  | Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide   | 2770 | 315,78 |
| 1123a | Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter   | 2270 | 258,78 |
| 1124  | Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide   | 3700 | 421,80 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1125 | Vordere Scheidenplastik  | 924  | 105,34 |
| 1126 | Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik   | 1290 | 147,06 |
| 1127 | Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik   | 1660 | 189,24 |
| 1128 | Scheiden- und Portioplastik - gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z.B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik -                                      | 2220 | 253,08 |
| 1129 | Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z.B. nach Shirodkar)  | 739  | 84,25  |
| 1131 | Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation   | 379  | 43,21  |
| 1135 | Zervixamputation   | 554  | 63,16  |
| 1136 | Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbständige Leistung   | 379  | 43,21  |
| 1137 | Vaginale Myomenukleation   | 1290 | 147,06 |
| 1138 | Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung   | 2770 | 315,78 |
| 1139 | Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung  | 3330 | 379,62 |
| 1140 | Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation   | 333  | 37,96  |
| 1141 | Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z.B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)   | 554  | 63,16  |
| 1145 | Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig  | 1660 | 189,24 |
| 1146 | Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig   | 2220 | 253,08 |
| 1147 | Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle   | 1480 | 168,72 |
| 1148 | Plastische Operation bei Tubensterilität (z.B. Implantation, Anastomose), einseitig  | 2500 | 285,-- |
| 1149 | Plastische Operation bei Tubensterilität (z.B. Implantation, Anastomose), beidseitig   | 3500 | 399,-- |
| 1155 | Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -  | 800  | 91,20  |
| 1156 | Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - | 1050 | 119,70 |
| 1158 | Kuldoskopie - auch mit operativen Eingriffen -   | 739  | 84,25  |
| 1159 | Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile - auch Vulvektomie -   | 1660 | 189,24 |
| 1160 | Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z.B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)  | 2770 | 315,78 |
| 1161 | Uterusamputation, supravaginal   | 1480 | 168,72 |
| 1162 | Abdominale Myomenukleation   | 1850 | 210,90 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1163 | Fisteloperation an den Geschlechtsteilen - gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik - | 2770 | 315,78 |
| 1165 | Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses  | 3140 | 357,96 |
| 1166 | Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten  | 4620 | 526,68 |
| 1167 | Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal   | 4900 | 558,60 |
| 1168 | Exenteration des kleinen Beckens   | 5900 | 672,60 |

### **I. Augenheilkunde**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 1200 | Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern   | 59  | 6,73  |
| 1201 | Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern   | 89  | 10,15 |
| 1202 | Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers   | 74  | 8,44  |
| 1203 | Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer   | 60  | 6,84  |
| 1204 | Messung der Hornhautkrümmungsradien  | 45  | 5,13  |
| 1207 | Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit   | 70  | 7,98  |
| 1209 | Nachweis der Tränensekretionsmenge (z.B. Schirmer-Test)<br>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.  | 20  | 2,28  |
| 1210 | Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -  | 228 | 25,99 |
| 1211 | Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -   | 300 | 34,20 |
| 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 -   | 132 | 15,05 |
| 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 -<br><br>Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.<br><br>Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig. | 198 | 22,57 |
| 1215 | Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung   | 121 | 13,79 |
| 1216 | Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus - gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -   | 91  | 10,37 |
| 1217 | Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes   | 242 | 27,59 |



Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 1218 | Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge  | 700 | 79,80 |
| 1225 | Kampimetrie (z.B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster -   | 121 | 13,79 |
| 1226 | Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte  | 182 | 20,75 |
| 1227 | Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie   | 248 | 28,27 |
| 1228 | Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z.B. Farbtafeln)   | 61  | 6,95  |
| 1229 | Farbsinnprüfung mit Anomaloskop   | 182 | 20,75 |
| 1233 | Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation   | 484 | 55,18 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.   |     |       |
| 1234 | Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung   | 91  | 10,37 |
| 1235 | Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung  | 91  | 10,37 |
| 1236 | Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)  | 91  | 10,37 |
| 1237 | Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)   | 600 | 68,40 |
| 1240 | Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z.B. Hruby-Linse) -  | 74  | 8,44  |
| 1241 | Gonioskopie   | 152 | 17,33 |
| 1242 | Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z.B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung - | 152 | 17,33 |
| 1243 | Diasklerale Durchleuchtung  | 61  | 6,95  |
| 1244 | Exophthalmometrie   | 50  | 5,70  |
| 1248 | Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes -   | 242 | 27,59 |
| 1249 | Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes -   | 484 | 55,18 |
|      | Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.  |     |       |
| 1250 | Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt  | 273 | 31,12 |
| 1251 | Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff   | 273 | 31,12 |
| 1252 | Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotografie  | 100 | 11,40 |
| 1253 | Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotografie   | 150 | 17,10 |
| 1255 | Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers  | 70  | 7,98  |
| 1256 | Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers   | 100 | 11,40 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1257 | Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes - | 242  | 27,59  |
| 1259 | Pupillographie   | 242  | 27,59  |
| 1260 | Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln   | 560  | 63,84  |
| 1262 | Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, erste Messung  | 242  | 27,59  |
| 1263 | Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung   | 152  | 17,33  |
| 1268 | Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten   | 152  | 17,33  |
| 1269 | Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z.B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten   | 152  | 17,33  |
| 1270 | Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten   | 54   | 6,16   |
| 1271 | Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges   | 46   | 5,24   |
| 1275 | Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut  | 37   | 4,22   |
| 1276 | Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut                                 | 74   | 8,44   |
| 1277 | Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes  | 152  | 17,33  |
| 1278 | Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation   | 278  | 31,69  |
| 1279 | Entfernung von Korneoskleralfäden  | 100  | 11,40  |
| 1280 | Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels -  | 1290 | 147,06 |
| 1281 | Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern  | 2220 | 253,08 |
| 1282 | Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut   | 152  | 17,33  |
| 1283 | Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung  | 554  | 63,16  |
| 1284 | Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung   | 924  | 105,34 |
| 1285 | Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand   | 1480 | 168,72 |
| 1290 | Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherner Gerüst  | 1500 | 171,-- |
| 1291 | Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z.B. nach Fraktur)   | 1850 | 210,90 |
| 1292 | Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone  | 278  | 31,69  |
| 1293 | Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig  | 74   | 8,44   |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1294 | Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig   | 130  | 14,82  |
| 1297 | Operation des evertierten Tränenpünktchens   | 152  | 17,33  |
| 1298 | Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals  | 132  | 15,05  |
| 1299 | Tränensackexstirpation   | 554  | 63,16  |
| 1300 | Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung   | 1220 | 139,08 |
| 1301 | Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse   | 463  | 52,78  |
| 1302 | Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus  | 924  | 105,34 |
| 1303 | Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte  | 230  | 26,22  |
| 1304 | Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis  | 924  | 105,34 |
| 1305 | Operation der Lidsenkung (Ptosis)  | 739  | 84,25  |
| 1306 | Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung  | 1110 | 126,54 |
| 1310 | Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates  | 1480 | 168,72 |
| 1311 | Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung  | 1110 | 126,54 |
| 1312 | Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation   | 1850 | 210,90 |
| 1313 | Abreiben, Skarifizieren oder chemische Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig   | 30   | 3,42   |
| 1318 | Ausrollen oder Ausquetschen der Übergangsfalte   | 74   | 8,44   |
| 1319 | Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Transplantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel - | 1850 | 210,90 |
| 1320 | Einspritzung unter die Bindehaut   | 52   | 5,93   |
| 1321 | Operation des Flügelfells  | 296  | 33,74  |
| 1322 | Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik   | 1660 | 189,24 |
| 1323 | Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung  | 67   | 7,64   |
| 1325 | Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde   | 230  | 26,22  |
| 1326 | Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung -  | 1110 | 126,54 |
| 1327 | Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse  | 1850 | 210,90 |
| 1328 | Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut   | 3230 | 368,22 |
| 1330 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel   | 739  | 84,25  |
| 1331 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330   | 554  | 63,16  |
| 1332 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel  | 1110 | 126,54 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1333 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332            | 739  | 84,25  |
| 1338 | Chemische Ätzung der Hornhaut  | 56   | 6,38   |
| 1339 | Abschabung der Hornhaut  | 148  | 16,87  |
| 1340 | Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z.B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung                               | 185  | 21,09  |
| 1341 | Tätowierung der Hornhaut   | 333  | 37,96  |
| 1345 | Hornhautplastik  | 1660 | 189,24 |
| 1346 | Hornhauttransplantation  | 2770 | 315,78 |
| 1347 | Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese)   | 3030 | 345,42 |
| 1348 | Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars   | 832  | 94,85  |
| 1349 | Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - gegebenenfalls mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile -            | 1850 | 210,90 |
| 1350 | Staroperation - gegebenenfalls mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik  | 2370 | 270,18 |
| 1351 | Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse   | 2770 | 315,78 |
| 1352 | Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung  | 1800 | 205,20 |
| 1353 | Extraktion einer eingepflanzten Linse  | 832  | 94,85  |
| 1354 | Extraktion der luxierten Linse   | 2220 | 253,08 |
| 1355 | Partielle oder totale Extraktion des Nachstars   | 1110 | 126,54 |
| 1356 | Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung                   | 370  | 42,18  |
| 1357 | Hintere Sklerotomie  | 370  | 42,18  |
| 1358 | Zyklodialyse, Iridektomie  | 1000 | 114,-- |
| 1359 | Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation  | 500  | 57,--  |
| 1360 | Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)   | 1000 | 114,-- |
| 1361 | Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom                                     | 1850 | 210,90 |
| 1362 | Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom   | 3030 | 345,42 |
| 1365 | Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung                              | 924  | 105,34 |
| 1366 | Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen | 1110 | 126,54 |
| 1367 | Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen  | 2220 | 253,08 |
| 1368 | Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie  | 3030 | 345,42 |
| 1369 | Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors  | 1850 | 210,90 |
| 1370 | Operative Entfernung des Augapfels   | 924  | 105,34 |
| 1371 | Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe   | 1290 | 147,06 |
| 1372 | Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation   | 1850 | 210,90 |
| 1373 | Operative Ausräumung der Augenhöhle  | 1110 | 126,54 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 1374 | Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -   | 3050 | 347,70 |
| 1375 | Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse | 3500 | 399,-- |
| 1376 | Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens   | 1480 | 168,72 |
| 1377 | Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe  | 280  | 31,92  |
| 1380 | Operative Entfernung eines Iristumors   | 2000 | 228,-- |
| 1381 | Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)   | 2770 | 315,78 |
| 1382 | Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom   | 2500 | 285,-- |
| 1383 | Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung   | 2500 | 285,-- |
| 1384 | Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung   | 830  | 94,62  |
| 1386 | Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut  | 1290 | 147,06 |

#### **J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

|      |   |     |        |
|------|---|-----|--------|
| 1400 | Genaue Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)   | 76  | 8,66   |
| 1401 | Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)  | 60  | 6,84   |
| 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 - | 158 | 18,01  |
| 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)  | 158 | 18,01  |
|      | Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.  |     |        |
| 1405 | Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld   | 63  | 7,18   |
| 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 -  | 182 | 20,75  |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.  |     |        |
| 1407 | Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z.B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig   | 182 | 20,75  |
| 1408 | Audioelektroenzephalographische Untersuchung  | 888 | 101,23 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1409 | Messung otoakustischer Emissionen  | 400  | 45,60  |
|      | Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1412 | Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)   | 91   | 10,37  |
| 1413 | Elektronystagmographische Untersuchung   | 265  | 30,21  |
| 1414 | Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase  | 42   | 4,79   |
| 1415 | Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung  | 91   | 10,37  |
| 1416 | Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder   | 121  | 13,79  |
| 1417 | Rhinomanometrische Untersuchung  | 100  | 11,40  |
| 1418 | Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums - gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder -  | 180  | 20,52  |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1425 | Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung   | 50   | 5,70   |
| 1426 | Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung  | 100  | 11,40  |
| 1427 | Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung   | 95   | 10,83  |
| 1428 | Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase  | 370  | 42,18  |
| 1429 | Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung   | 76   | 8,66   |
| 1430 | Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision  | 119  | 13,57  |
| 1435 | Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig   | 91   | 10,37  |
| 1436 | Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig  | 36   | 4,10   |
| 1438 | Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel   | 370  | 42,18  |
| 1439 | Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite  | 370  | 42,18  |
| 1440 | Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite   | 130  | 14,82  |
| 1441 | Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen  | 296  | 33,74  |
| 1445 | Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand  | 463  | 52,78  |
| 1446 | Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste   | 739  | 84,25  |
| 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                               | 1660 | 189,24 |
| 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 | 2370 | 270,18 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1449 | Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen  | 3700 | 421,80 |
| 1450 | Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen   | 7400 | 843,60 |
| 1452 | Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase   | 800  | 91,20  |
| 1453 | Operative Entfernung der gesamten Nase   | 1100 | 125,40 |
| 1455 | Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation  | 550  | 62,70  |
| 1456 | Operative Verschmälerung des Nasensteges   | 232  | 26,45  |
| 1457 | Operative Korrektur eines Nasenflügels   | 370  | 42,18  |
| 1458 | Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses   | 1290 | 147,06 |
| 1459 | Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand   | 74   | 8,44   |
| 1465 | Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -  | 119  | 13,57  |
| 1466 | Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) - gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 -   | 178  | 20,29  |
| 1467 | Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung -   | 407  | 46,40  |
| 1468 | Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus   | 296  | 33,74  |
| 1469 | Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus  | 554  | 63,16  |
| 1470 | Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus - einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand - | 739  | 84,25  |
| 1471 | Operative Eröffnung der Stirnhöhle - gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus  | 1480 | 168,72 |
| 1472 | Anbohrung der Stirnhöhle von außen   | 222  | 25,31  |
| 1473 | Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen  | 2220 | 253,08 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1478 | Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -  | 178  | 20,29  |
| 1479 | Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -         | 59   | 6,73   |
| 1480 | Absaugen der Nebenhöhlen   | 45   | 5,13   |
| 1485 | Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen   | 924  | 105,34 |
| 1486 | Radikaloperation der Kieferhöhle   | 1110 | 126,54 |
| 1487 | Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen  | 1480 | 168,72 |
| 1488 | Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite  | 1850 | 210,90 |
| 1492 | Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena  | 1290 | 147,06 |
| 1493 | Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)  | 296  | 33,74  |
| 1495 | Entfernung eines Nasenrachenfibroms  | 1110 | 126,54 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1496 | Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus  | 2220 | 253,08 |
| 1497 | Tränensackoperation vom Naseninnern aus  | 1110 | 126,54 |
| 1498 | Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z.B. Schlitzung, Saugung)   | 44   | 5,02   |
| 1499 | Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)   | 463  | 52,78  |
| 1500 | Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)  | 739  | 84,25  |
| 1501 | Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie  | 333  | 37,96  |
| 1505 | Eröffnung eines peritonsillären Abszesses  | 148  | 16,87  |
| 1506 | Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses  | 185  | 21,09  |
| 1507 | Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses  | 56   | 6,38   |
| 1508 | Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund   | 93   | 10,60  |
| 1509 | Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone  | 463  | 52,78  |
| 1510 | Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis- Ausführungsganges - gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen -              | 190  | 21,66  |
| 1511 | Eröffnung eines Zungenabszesses  | 185  | 21,09  |
| 1512 | Teilweise Entfernung der Zunge - gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis -                                    | 1110 | 126,54 |
| 1513 | Keilexzision aus der Zunge   | 370  | 42,18  |
| 1514 | Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales   | 2220 | 253,08 |
| 1518 | Operation einer Speichelfistel   | 739  | 84,25  |
| 1519 | Operative Entfernung von Speichelstein(en)   | 554  | 63,16  |
| 1520 | Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)   | 900  | 102,60 |
| 1521 | Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes  | 1850 | 210,90 |
| 1522 | Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis - gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes - | 2000 | 228,-- |
| 1525 | Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung   | 46   | 5,24   |
| 1526 | Chemische Ätzung im Kehlkopf   | 76   | 8,66   |
| 1527 | Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettement im Kehlkopf   | 370  | 42,18  |
| 1528 | Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf   | 554  | 63,16  |
| 1529 | Intubation oder Einführung von Dehnungs- instrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung                                       | 152  | 17,33  |
| 1530 | Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop  | 182  | 20,75  |
| 1532 | Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr   | 182  | 20,75  |
|      | Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.                                 |      |        |
| 1533 | Schwebe- oder Stütz-laryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung   | 500  | 57,--  |
| 1534 | Probeexzision aus dem Kehlkopf   | 463  | 52,78  |



|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 1535 | Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf   | 647  | 73,76  |
| 1540 | Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes  | 1850 | 210,90 |
| 1541 | Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich   | 1390 | 158,46 |
| 1542 | Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung  | 1850 | 210,90 |
| 1543 | Teilweise Entfernung des Kehlkopfes   | 1650 | 188,10 |
| 1544 | Teilweise Entfernung des Kehlkopfes - einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik -   | 1850 | 210,90 |
| 1545 | Totalexstirpation des Kehlkopfes  | 2220 | 253,08 |
| 1546 | Totalexstirpation des Kehlkopfes - einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen -  | 3700 | 421,80 |
| 1547 | Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie - einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels -  | 2770 | 315,78 |
| 1548 | Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich  | 2060 | 234,84 |
| 1549 | Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden  | 1200 | 136,80 |
| 1550 | Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels   | 300  | 34,20  |
| 1551 | Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie -   | 3000 | 342,-- |
| 1555 | Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)  | 119  | 13,57  |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1556 | Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesinsatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfangs und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)   | 119  | 13,57  |
| 1557 | Elektroglottographische Untersuchung  | 106  | 12,08  |
| 1558 | Stimmtherapie bei Kehlkopfloren (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung  | 148  | 16,87  |
| 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 | 207  | 23,60  |
| 1560 | Stimmübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z.B. Stimmesinsatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten                         | 207  | 23,60  |
| 1565 | Entfernung von obturierenden Ohrenschmalz- pfröpfen, auch beidseitig  | 45   | 5,13   |
| 1566 | Ausspülung des Kuppelraumes   | 45   | 5,13   |
| 1567 | Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang   | 74   | 8,44   |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1568 | Operation im äußeren Gehörgang (z.B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)   | 185  | 21,09  |
| 1569 | Entfernung eines nicht feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle   | 74   | 8,44   |
| 1570 | Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle   | 148  | 16,87  |
| 1575 | Inzision des Trommelfells (Parazentese)  | 130  | 14,82  |
| 1576 | Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)  | 320  | 36,48  |
| 1577 | Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens  | 45   | 5,13   |
| 1578 | Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig   | 40   | 4,56   |
| 1579 | Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang -  | 70   | 7,98   |
| 1580 | Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle  | 89   | 10,15  |
| 1585 | Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe  | 130  | 14,82  |
| 1586 | Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen  | 296  | 33,74  |
| 1588 | Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z.B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)   | 554  | 63,16  |
| 1589 | Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors  | 30   | 3,42   |
| 1590 | Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig   | 74   | 8,44   |
| 1591 | Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig  | 40   | 4,56   |
| 1595 | Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang   | 1850 | 210,90 |
| 1596 | Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie   | 1480 | 168,72 |
| 1597 | Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes   | 1110 | 126,54 |
| 1598 | Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)  | 1660 | 189,24 |
| 1600 | Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume - | 2770 | 315,78 |
| 1601 | Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 -   | 1660 | 189,24 |
| 1602 | Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 -  | 2770 | 315,78 |
| 1610 | Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602  | 1480 | 168,72 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 1611 | Myringoplastik vom Gehörgang aus  | 1480 | 168,72 |
| 1612 | Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung                     | 1110 | 126,54 |
| 1613 | Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung   | 2350 | 267,90 |
| 1614 | Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette -                            | 3140 | 357,96 |
| 1620 | Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes -  | 2350 | 267,90 |
| 1621 | Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung                                | 1110 | 126,54 |
| 1622 | Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen                   | 700  | 79,80  |
| 1623 | Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - gegebenenfalls einschließlich Interposition -    | 2350 | 267,90 |
| 1624 | Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus                         | 2350 | 267,90 |
| 1625 | Fazialisdekompression, als selbständige Leistung  | 2220 | 253,08 |
| 1626 | Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen  | 1330 | 151,62 |
| 1628 | Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel                             | 739  | 84,25  |
| 1629 | Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges                        | 3700 | 421,80 |
| 1635 | Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z.B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision)   | 739  | 84,25  |
| 1636 | Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform   | 887  | 101,12 |
| 1637 | Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel                                  | 1400 | 159,60 |
| 1638 | Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen | 4500 | 513,-- |
| 1639 | Unterbindung der Vena jugularis   | 554  | 63,16  |

## K. Urologie

### Allgemeine Bestimmungen

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

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 1700 | Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln  | 45  | 5,13  |
| 1701 | Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung  | 74  | 8,44  |
| 1702 | Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, erste Sitzung | 178 | 20,29 |
| 1703 | Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre  | 148 | 16,87 |
| 1704 | Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre  | 554 | 63,16 |
| 1708 | Kalibrierung der männlichen Harnröhre   | 75  | 8,55  |
| 1709 | Kalibrierung der weiblichen Harnröhre   | 60  | 6,84  |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1710 | Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung   | 59   | 6,73   |
| 1711 | Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre   | 74   | 8,44   |
| 1712 | Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)   | 119  | 13,57  |
| 1713 | Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z.B. Papillomkoagulation, Erstbougieung und/oder Spaltung einer Striktur)  | 296  | 33,74  |
| 1714 | Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung  | 230  | 26,22  |
| 1715 | Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis  | 300  | 34,20  |
| 1720 | Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm   | 554  | 63,16  |
| 1721 | Verschuß einer Harnröhrenfistel durch Naht   | 554  | 63,16  |
| 1722 | Verschuß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation   | 1110 | 126,54 |
| 1723 | Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung   | 1660 | 189,24 |
| 1724 | Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung   | 1660 | 189,24 |
| 1728 | Katheterisierung der Harnblase beim Mann   | 59   | 6,73   |
| 1729 | Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -                                   | 104  | 11,86  |
| 1730 | Katheterisierung der Harnblase bei der Frau  | 37   | 4,22   |
|      | Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig. |      |        |
| 1731 | Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula -                                 | 74   | 8,44   |
| 1732 | Einlegung eines Verweilkatheters - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 -  | 74   | 8,44   |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1733 | Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter  | 40   | 4,56   |
| 1737 | Meatomie   | 74   | 8,44   |
| 1738 | Plastische Versorgung einer Meatusstriktur   | 554  | 63,16  |
| 1739 | Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung  | 60   | 6,84   |
| 1740 | Operative Beseitigung einer Paraphimose  | 296  | 33,74  |
| 1741 | Phimoseoperation   | 370  | 42,18  |
| 1742 | Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii   | 85   | 9,69   |
| 1745 | Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746  | 554  | 63,16  |
| 1746 | Operation einer Epispadie oder Hypospadie  | 1110 | 126,54 |
| 1747 | Penisamputation  | 554  | 63,16  |
| 1748 | Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen - einschließlich Verlagerung der Harnröhre -  | 2220 | 253,08 |
| 1749 | Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus  | 2500 | 285,-- |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 1750 | Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus  | 3200 | 364,80 |
| 1751 | Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus  | 924  | 105,34 |
| 1752 | Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese  | 2500 | 285,-- |
| 1753 | Entfernen einer Penisprothese   | 550  | 62,70  |
| 1754 | Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern einschließlich graphischer Registrierung - | 180  | 20,52  |
| 1755 | Unterbindung eines Samenleiters - auch mit Teilresektion -, als selbständige Leistung   | 463  | 52,78  |
| 1756 | Unterbindung beider Samenleiter - auch mit Teilresektion(en) -, als selbständige Leistung   | 832  | 94,85  |
| 1757 | Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation  | 554  | 63,16  |
| 1758 | Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters  | 1110 | 126,54 |
| 1759 | Transpenile oder transskrotale Venenembolisation  | 2800 | 319,20 |
| 1760 | Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)  | 1480 | 168,72 |
| 1761 | Operation eines Wasserbruchs  | 739  | 84,25  |
| 1762 | Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung  | 1200 | 136,80 |
| 1763 | Einlegen einer Hodenprothese  | 740  | 84,36  |
| 1764 | Entfernen einer Hodenprothese   | 460  | 52,44  |
| 1765 | Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig   | 739  | 84,25  |
| 1766 | Hodenentfernung - gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig  | 1200 | 136,80 |
| 1767 | Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial   | 463  | 52,78  |
| 1768 | Operation eines Leistenhodens, einseitig  | 1200 | 136,80 |
| 1769 | Operation eines Leistenhodens, beidseitig   | 1480 | 168,72 |
| 1771 | Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung   | 924  | 105,34 |
| 1772 | Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung   | 1480 | 168,72 |
| 1775 | Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) - gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat -                                 | 45   | 5,13   |
| 1776 | Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm aus  | 370  | 42,18  |
| 1777 | Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata  | 924  | 105,34 |
| 1778 | Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral  | 1850 | 210,90 |
| 1779 | Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen   | 2590 | 295,26 |
| 1780 | Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz   | 1850 | 210,90 |
| 1781 | Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels  | 2770 | 315,78 |
| 1782 | Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau  | 1110 | 126,54 |
| 1783 | Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung  | 1850 | 210,90 |
| 1784 | Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung  | 3500 | 399,-- |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1785 | Zystoskopie  | 207  | 23,60  |
| 1786 | Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial   | 355  | 40,47  |
| 1787 | Kombinierte Zystourethroskopie   | 252  | 28,73  |
| 1788 | Zystoskopie mit Harnleitersondierung   | 296  | 33,74  |
| 1789 | Chromozystoskopie - einschließlich intravenöser Injektion -  | 325  | 37,05  |
| 1790 | Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken -  | 370  | 42,18  |
| 1791 | Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung   | 148  | 16,87  |
| 1792 | Uroflowmetrie einschließlich Registrierung   | 212  | 24,17  |
| 1793 | Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests -<br>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.   | 400  | 45,60  |
| 1794 | Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests -<br>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.<br>Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig. | 680  | 77,52  |
| 1795 | Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung   | 273  | 31,12  |
| 1796 | Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation  | 739  | 84,25  |
| 1797 | Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung  | 355  | 40,47  |
| 1798 | Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests -<br>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.  | 550  | 62,70  |
| 1799 | Nierenbeckendruckmessung   | 150  | 17,10  |
| 1800 | Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung .....  | 1480 | 168,72 |
| 1801 | Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters - ..   | 1480 | 168,72 |
| 1802 | Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z.B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch einschließlich Probeexzision - .....  | 739  | 84,25  |
| 1803 | Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung .....  | 1110 | 126,54 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 1804 | Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung .....   | 1850 | 210,90 |

|       |  |      |        |
|-------|--|------|--------|
| 1805  | Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion .....   | 1850 | 210,90 |
| 1806  | Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters .  | 2220 | 253,08 |
| 1807  | Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon .....   | 4070 | 463,98 |
| 1808  | Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung - .....                  | 4800 | 547,20 |
| 1809  | Totale retroperitoneale Lymphadenektomie .....   | 4610 | 525,54 |
| 1812  | Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters .....  | 340  | 38,76  |
|       | Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.  |      |        |
| 1814  | Harnleiterbougieung .....  | 900  | 102,60 |
| 1815  | Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums -   | 1110 | 126,54 |
|       | Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.   |      |        |
| 1816  | Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung .....  | 481  | 54,83  |
| 1817  | Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s) .....   | 2220 | 253,08 |
| 1818  | Ureterektomie - gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette - .....   | 2770 | 315,78 |
| 1819  | Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose .....   | 3750 | 427,50 |
| 1823  | Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig .....  | 2590 | 295,26 |
| 1824  | Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig .....   | 3330 | 379,62 |
| 1825  | Harnleiterplastik (z.B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik .....   | 2770 | 315,78 |
| 1826  | Eröffnung eines paranephritischen Abszesses .....  | 463  | 52,78  |
| 1827  | Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougieung - gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistungen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787 ..... | 1500 | 171,-- |
| 1828  | Ureterpyeloskopie - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung - .....   | 1500 | 171,-- |
| 1829  | Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters) .....  | 2590 | 295,26 |
| 1829a | Ureterolyse, als selbständige Leistung .....   | 1110 | 126,54 |
|       | Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.  |      |        |
| 1830  | Operative Freilegung einer Niere - gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses - .....                                      | 1110 | 126,54 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 1831 | Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung .....  | 1480 | 168,72 |
| 1832 | Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung .....   | 1660 | 189,24 |
| 1833 | Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband .....   | 237  | 27,02  |
| 1834 | Operation eines aberrierenden Nierengefäßes - ohne Eröffnung des Nierenbeckens -, als selbständige Leistung .....  | 1480 | 168,72 |
| 1835 | Trennung der Hufeisenniere .....   | 3230 | 368,22 |
| 1836 | Nierenpolresektion, als selbständige Leistung .....  | 2770 | 315,78 |
| 1837 | Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation .....   | 1660 | 189,24 |
| 1838 | Nierensteinentfernung durch Pyelotomie .....   | 2220 | 253,08 |
| 1839 | Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie ....   | 2770 | 315,78 |
| 1840 | Nierenbeckenplastik .....  | 2770 | 315,78 |
| 1841 | Nephrektomie .....   | 2220 | 253,08 |
| 1842 | Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) - .....  | 3230 | 368,22 |
| 1843 | Nephrektomie - einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) - ..... | 4160 | 474,24 |
| 1845 | Implantation einer Niere .....   | 4990 | 568,86 |
| 1846 | Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden ....   | 4160 | 474,24 |
| 1847 | Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation .....  | 3230 | 368,22 |
| 1848 | Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation .....  | 2220 | 253,08 |
| 1849 | Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation .....  | 3500 | 399,-- |
| 1850 | Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere .....   | 6500 | 741,-- |
| 1851 | Perkutane Anlage einer Nierenfistel - gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband - .....  | 1250 | 142,50 |
| 1852 | Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel - .....   | 700  | 79,80  |
| 1853 | Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung .....   | 1200 | 136,80 |
|      | Neben der Leistung nach Nummern 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 1858 | Operative Entfernung einer Nebenniere .....  | 3230 | 368,22 |
| 1859 | Operative Entfernung beider Nebennieren .....  | 4160 | 474,24 |
| 1860 | Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle -, je Sitzung .....                     | 6000 | 684,-- |



| Nummer | Leistung | Punktzahl | Gebühr in DM |
|--------|----------|-----------|--------------|
|--------|----------|-----------|--------------|

## 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 Nummer 3135 zu kürzen.

### I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 2000 | Erstversorgung einer kleinen Wunde   | 70  | 7,98  |
| 2001 | Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht   | 130 | 14,82 |
| 2002 | Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht  | 160 | 18,24 |
| 2003 | Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde  | 130 | 14,82 |
| 2004 | Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht  | 240 | 27,36 |
| 2005 | Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht   | 400 | 45,60 |
|      | 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. |     |       |
| 2006 | Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -                             | 63  | 7,18  |
| 2007 | Entfernung von Fäden oder Klammern   | 40  | 4,56  |
| 2008 | Wund- oder Fistelspaltung  | 90  | 10,26 |
| 2009 | Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers   | 100 | 11,40 |
| 2010 | Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen   | 379 | 43,21 |
| 2015 | Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang - gegebenenfalls einschließlich Spülung -                         | 60  | 6,84  |

### II. Extremitätenchirurgie

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 2029 | Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität  | 50  | 5,70  |
| 2030 | Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie - gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels - | 130 | 14,82 |
| 2031 | Eröffnung eines ossalen oder Sehnscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage   | 189 | 21,55 |
| 2032 | Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage  | 250 | 28,50 |
| 2033 | Extraktion eines Finger- oder Zehennagels  | 57  | 6,50  |
| 2034 | Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel   | 114 | 13,-- |
| 2035 | Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe - auch mit Defektdeckung -   | 180 | 20,52 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 2036 | Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange  | 45   | 5,13   |
| 2040 | Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z.B. Hämangiom)  | 554  | 63,16  |
| 2041 | Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik   | 700  | 79,80  |
| 2042 | Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung   | 1100 | 125,40 |
| 2043 | Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie  | 1450 | 165,30 |
| 2044 | Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie  | 1700 | 193,80 |
| 2045 | Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk  | 600  | 68,40  |
| 2050 | Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik   | 1800 | 205,20 |
| 2051 | Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk  | 600  | 68,40  |
| 2052 | Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk  | 554  | 63,16  |
| 2053 | Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung   | 2400 | 273,60 |
| 2054 | Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie                        | 2400 | 273,60 |
| 2055 | Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich   | 7000 | 798,-- |
| 2056 | Replantation eines Armes oder eines Beines   | 8000 | 912,-- |
| 2060 | Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)   | 230  | 26,22  |
| 2061 | Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060  | 74   | 8,44   |
| 2062 | Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte | 370  | 42,18  |
| 2063 | Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062  | 126  | 14,36  |
| 2064 | Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung  | 924  | 105,34 |
| 2065 | Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung   | 250  | 28,50  |
| 2066 | Eröffnung der Hohlhandphlegmone  | 450  | 51,30  |
| 2067 | Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)  | 1660 | 189,24 |
| 2070 | Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven   | 1660 | 189,24 |
| 2071 | Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat  | 1850 | 210,90 |
| 2072 | Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung  | 463  | 52,78  |
| 2073 | Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde -  | 650  | 74,10  |
| 2074 | Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels  | 1100 | 125,40 |
| 2075 | Sehnenverkürzung oder -raffung   | 924  | 105,34 |
| 2076 | Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung  | 950  | 108,30 |
| 2080 | Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung   | 463  | 52,78  |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2081 | Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation - gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils -                                 | 924  | 105,34 |
| 2082 | Operative Herstellung eines Sehnenbettes einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand -   | 1650 | 188,10 |
| 2083 | Freie Sehnentransplantation   | 1650 | 188,10 |
| 2084 | Sehnenscheidenstenosenoperation - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision -   | 407  | 46,40  |
| 2087 | Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose   | 924  | 105,34 |
| 2088 | Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose  | 1100 | 125,40 |
| 2089 | Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken - | 1800 | 205,20 |
| 2090 | Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung   | 63   | 7,18   |
| 2091 | Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung -   | 924  | 105,34 |
| 2092 | Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers   | 750  | 85,50  |
| 2093 | Spülung bei liegender Drainage  | 50   | 5,70   |

### III. Gelenkchirurgie

#### Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 2100 | Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks .....  | 278  | 31,69  |
| 2101 | Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks .....   | 554  | 63,16  |
| 2102 | Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks .....  | 1110 | 126,54 |
| 2103 | Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk - gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen - ..... | 1850 | 210,90 |
| 2104 | Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern) .....   | 2310 | 263,34 |
| 2105 | Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks .....   | 550  | 62,70  |
| 2106 | Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose .....   | 1110 | 126,54 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2110 | Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk ...  | 750  | 85,50  |
| 2111 | Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk .....  | 1110 | 126,54 |
| 2112 | Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk .....  | 1480 | 168,72 |
| 2113 | Synovektomie in einem Hüftgelenk .....  | 1850 | 210,90 |
| 2117 | Meniskusoperation .....   | 1480 | 168,72 |
| 2118 | Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk ...                                    | 463  | 52,78  |
| 2119 | Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk .....        | 1480 | 168,72 |
| 2120 | Denervation eines Finger- oder Zehengelenks .....   | 650  | 74,10  |
| 2121 | Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks .....   | 1300 | 148,20 |
| 2122 | Resektion eines Finger- oder Zehengelenks .....   | 407  | 46,40  |
| 2123 | Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks ...  | 1110 | 126,54 |
| 2124 | Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks .....  | 1850 | 210,90 |
| 2125 | Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk .....  | 2220 | 253,08 |
| 2126 | Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende - gegebenenfalls mit Osteosynthese - .....                 | 2770 | 315,78 |
| 2130 | Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks .....   | 650  | 74,10  |
| 2131 | Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks .....   | 1300 | 148,20 |
| 2132 | Operative Versteifung eines Hüftgelenks - auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material - ..... | 2770 | 315,78 |
| 2133 | Operative Versteifung eines Kniegelenks .....   | 2100 | 239,40 |
| 2134 | Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks ....  | 924  | 105,34 |
| 2135 | Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks .....  | 1400 | 159,60 |
| 2136 | Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks  | 1660 | 189,24 |
| 2137 | Arthroplastik eines Schultergelenks .....   | 2100 | 239,40 |
| 2140 | Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese .....                                   | 1000 | 114,-- |
| 2141 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese .....           | 1800 | 205,20 |
| 2142 | Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks .....   | 2700 | 307,80 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2143 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks .....   | 4860 | 554,04 |
| 2144 | Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks .....  | 3600 | 410,40 |
| 2145 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks .....  | 6480 | 738,72 |
| 2146 | Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks .....   | 1800 | 205,20 |
| 2147 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks .....   | 3240 | 369,36 |
| 2148 | Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie - auch Pfannendachplastik - .....   | 2100 | 239,40 |
| 2149 | Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate .....                               | 2770 | 315,78 |
| 2150 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne .....                        | 4980 | 567,72 |
| 2151 | Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik) .....   | 3700 | 421,80 |
| 2152 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik) ..... | 6660 | 759,24 |
| 2153 | Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik) .....   | 3700 | 421,80 |
| 2154 | Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik) .....           | 6660 | 759,24 |
| 2155 | Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks .....   | 148  | 16,87  |
| 2156 | Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks .....  | 463  | 52,78  |
| 2157 | Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel .....        | 924  | 105,34 |
| 2158 | Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe .....  | 370  | 42,18  |
| 2159 | Exartikulation einer Hand oder eines Fußes .....  | 924  | 105,34 |
| 2160 | Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk .....   | 1110 | 126,54 |
| 2161 | Exartikulation in einem Schultergelenk .....  | 1290 | 147,06 |
| 2162 | Exartikulation in einem Hüftgelenk .....  | 1480 | 168,72 |
| 2163 | Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte ..  | 1850 | 210,90 |
| 2164 | Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen .....                          | 3700 | 421,80 |
| 2165 | Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich  | 6000 | 684,-- |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
|      | Entnahme des Spanmaterials - gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation - .....  |      |        |
| 2167 | Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement .....   | 3200 | 364,80 |
| 2168 | Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese - einschließlich operativer Versteifung des Gelenks - .....  | 3200 | 364,80 |
| 2170 | Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung - .....   | 463  | 52,78  |
| 2171 | Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti - einschließlich plastischer Deckung - .....   | 1110 | 126,54 |
| 2172 | Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens - einschließlich plastischer Deckung - .....  | 924  | 105,34 |
| 2173 | Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich - einschließlich plastischer Deckung - .....  | 1110 | 126,54 |
| 2174 | Amputation im Oberschenkelbereich - einschließlich plastischer Deckung - .....  | 1290 | 147,06 |
| 2181 | Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks .....  | 227  | 25,88  |
| 2182 | Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks ...  | 379  | 43,21  |
| 2183 | Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelerkrankungen/-instabilitäten (z.B. Crutchfieldzange) .....   | 740  | 84,36  |
| 2184 | Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen .....  | 1000 | 114,-- |
| 2189 | Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk - gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper - ..... | 1500 | 171,-- |
| 2190 | Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z.B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk .....  | 1800 | 205,20 |
| 2191 | Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht - .....  | 2000 | 228,-- |
| 2192 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren  | 500  | 57,--  |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
|      | Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung .....  |      |        |
| 2193 | Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten .....       | 1800 | 205,20 |
| 2195 | Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 - ..... | 300  | 34,20  |
| 2196 | Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193 .....                                  | 250  | 28,50  |

#### IV. Gelenkluxationen

##### Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.

|      |  |  |      |        |
|------|--|--|------|--------|
| 2203 | Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang                |  | 739  | 84,25  |
| 2204 | Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang              |  | 1110 | 126,54 |
| 2205 | Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks                  |  | 93   | 10,60  |
| 2206 | Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks            |  | 140  | 15,96  |
| 2207 | Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks                              |  | 148  | 16,87  |
| 2208 | Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks                        |  | 220  | 25,08  |
| 2209 | Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges |  | 370  | 42,18  |
| 2210 | Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks        |  | 407  | 46,40  |
| 2211 | Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks                      |  | 278  | 31,69  |
| 2212 | Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks                |  | 420  | 47,88  |
| 2213 | Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks            |  | 1110 | 126,54 |
| 2214 | Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks               |  | 370  | 42,18  |
| 2215 | Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks         |  | 540  | 61,56  |
| 2216 | Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks     |  | 1850 | 210,90 |
| 2217 | Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks                            |  | 370  | 42,18  |
| 2218 | Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks                      |  | 540  | 61,56  |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2219 | Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks   | 1850 | 210,90 |
| 2220 | Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung  | 2250 | 256,50 |
| 2221 | Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe   | 111  | 12,65  |
| 2222 | Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe   | 170  | 19,38  |
| 2223 | Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks   | 400  | 45,60  |
| 2224 | Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese   | 800  | 91,20  |
| 2225 | Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates  | 1000 | 114,-- |
| 2226 | Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks  | 120  | 13,68  |
| 2230 | Operation der Luxation einer Kniescheibe  | 900  | 102,60 |
| 2231 | Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks   | 739  | 84,25  |
| 2232 | Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks   | 1110 | 126,54 |
| 2233 | Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks   | 550  | 62,70  |
| 2234 | Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233  | 473  | 53,92  |
| 2235 | Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks  | 1660 | 189,24 |
| 2236 | Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation - einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates -   | 1850 | 210,90 |
| 2237 | Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne - einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates - | 2770 | 315,78 |
| 2238 | Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 - einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben -                         | 3230 | 368,22 |
| 2239 | Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation   | 1480 | 168,72 |
| 2240 | Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik - auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie -   | 2770 | 315,78 |
| 2241 | Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese                            | 4500 | 513,-- |

## V. Knochenchirurgie



|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2250 | Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen      | 463  | 52,78  |
| 2251 | Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese                     | 1290 | 147,06 |
| 2252 | Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese   | 1850 | 210,90 |
| 2253 | Knochenspanentnahme   | 647  | 73,76  |
| 2254 | Implantation von Knochen  | 739  | 84,25  |
| 2255 | Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)   | 1480 | 168,72 |
| 2256 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen   | 463  | 52,78  |
| 2257 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen   | 800  | 91,20  |
| 2258 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken   | 1200 | 136,80 |
| 2259 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach  | 1500 | 171,-- |
| 2260 | Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese -  | 1850 | 210,90 |
| 2263 | Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z.B. bei Tumorexstirpation) | 1660 | 189,24 |
| 2265 | Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z.B. bei Tumorexstirpation) -        | 2770 | 315,78 |
| 2266 | Resektion eines Darmbeinknochens  | 1850 | 210,90 |
| 2267 | Knochenzerbrechung  | 463  | 52,78  |
| 2268 | Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat  | 1800 | 205,20 |
| 2269 | Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung  | 1800 | 205,20 |
| 2273 | Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -   | 924  | 105,34 |
| 2274 | Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors -  | 1850 | 210,90 |
| 2275 | Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie  | 2310 | 263,34 |
| 2276 | Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese  | 2770 | 315,78 |
| 2277 | Redressement einer Beinverkrümmung  | 567  | 64,64  |
| 2278 | Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)  | 3500 | 399,-- |
| 2279 | Chemonukleolyse   | 600  | 68,40  |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 2280 | Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen  | 1135 | 129,39 |
| 2281 | Perkutane Nukleotomie (z.B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)  | 1400 | 159,60 |
| 2282 | Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapsabtragung und Bandscheibenausräumung | 1480 | 168,72 |
| 2283 | Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)                           | 1850 | 210,90 |
| 2284 | Stabilisierende operative Maßnahmen (z.B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283                                 | 554  | 63,16  |
| 2285 | Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung -                                  | 1480 | 168,72 |
| 2286 | Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material -                                      | 2500 | 285,-- |
| 2287 | Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung                                 | 3700 | 421,80 |
| 2288 | Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287  | 550  | 62,70  |
| 2289 | Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung -  | 4000 | 456,-- |
| 2290 | Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpflanzung -                  | 2770 | 315,78 |
| 2291 | Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose   | 920  | 104,88 |
| 2292 | Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333  | 1110 | 126,54 |
| 2293 | Operation einer Steißbeinfistel  | 370  | 42,18  |
| 2294 | Steißbeinresektion   | 554  | 63,16  |
| 2295 | Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus   | 463  | 52,78  |
| 2296 | Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung   | 924  | 105,34 |

|                              |  |      |        |
|------------------------------|--|------|--------|
| 2297                         | Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296   | 1180 | 134,52 |
| <b>VI. Frakturbehandlung</b> |  |      |        |
| 2320                         | Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -   | 189  | 21,55  |
| 2321                         | Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens - gegebenenfalls einschließlich Wundverband -   | 227  | 25,88  |
| 2322                         | Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang  | 757  | 86,30  |
| 2323                         | Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer   | 757  | 86,30  |
| 2324                         | Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins   | 152  | 17,33  |
| 2325                         | Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins - einschließlich Nagelung und/oder Drahtung -   | 567  | 64,64  |
| 2326                         | Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins  | 227  | 25,88  |
| 2327                         | Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens  | 473  | 53,92  |
| 2328                         | Einrichtung gebrochener Unterarmknochen  | 341  | 38,87  |
| 2329                         | Einrichtung des gebrochenen Beckens  | 473  | 53,92  |
| 2330                         | Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens   | 757  | 86,30  |
| 2331                         | Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes   | 227  | 25,88  |
| 2332                         | Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen                           | 2500 | 285,-- |
| 2333                         | Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen | 3700 | 421,80 |
| 2334                         | Operative Stabilisierung einer Brustwandseite  | 2800 | 319,20 |
| 2335                         | Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen  | 473  | 53,92  |
| 2336                         | Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial -   | 650  | 74,10  |
| 2337                         | Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen  | 76   | 8,66   |
| 2338                         | Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelfgliedern der Fingerknochen  | 152  | 17,33  |
| 2338a                        | Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -   | 185  | 21,09  |

|  |  |      |        |
|--|--|------|--------|
| 2339                                       | Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen der Finger mit Osteosynthese  | 379  | 43,21  |
| 2340                                       | Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches  | 554  | 63,16  |
| 2344                                       | Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation  | 1110 | 126,54 |
| 2345                                       | Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches  | 924  | 105,34 |
| 2346                                       | Beck'sche Bohrung  | 278  | 31,69  |
| 2347                                       | Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z.B. Mittelhand, Mittelfuß)   | 370  | 42,18  |
| 2348                                       | Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z.B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch  | 555  | 63,27  |
| 2349                                       | Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens  | 1110 | 126,54 |
| 2350                                       | Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch   | 1660 | 189,24 |
| 2351                                       | Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses   | 1480 | 168,72 |
| 2352                                       | Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch  | 2220 | 253,08 |
| 2353                                       | Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen   | 185  | 21,09  |
| 2354                                       | Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen  | 370  | 42,18  |
| 2355                                       | Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs   | 1110 | 126,54 |
| 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 - | 1480 | 168,72 |
| 2357                                       | Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation   | 2770 | 315,78 |
| 2358                                       | Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge   | 2100 | 239,40 |
| <b>VII. Chirurgie der Körperoberfläche</b> |  |      |        |
| 2380                                       | Überpflanzung von Epidermisstücken   | 310  | 35,34  |
| 2381                                       | Einfache Hautlappenplastik   | 370  | 42,18  |
| 2382                                       | Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation   | 739  | 84,25  |

|       |  |      |        |
|-------|--|------|--------|
| 2383  | Vollhauttransplantation - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle -  | 1000 | 114,-- |
| 2384  | Knorpeltransplantation (z.B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe)   | 739  | 84,25  |
| 2385  | Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle -  | 1200 | 136,80 |
| 2386  | Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung -   | 688  | 78,43  |
| 2390  | Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten                                   | 1330 | 151,62 |
| 2391  | Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen  | 1500 | 171,-- |
| 2392  | Anlage eines Rundstiellappens  | 900  | 102,60 |
| 2392a | Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung -  | 1000 | 114,-- |
| 2393  | Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)  | 739  | 84,25  |
| 2394  | Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort -   | 2200 | 250,80 |
| 2395  | Gekreuzte Beinlappenplastik  | 2500 | 285,-- |
| 2396  | Implantation eines Hautexpanders   | 900  | 102,60 |
| 2397  | Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung  | 600  | 68,40  |
| 2400  | Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche  | 111  | 12,65  |
| 2401  | Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z.B. Haut, Schleimhaut, Lippe)   | 133  | 15,16  |
| 2402  | Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)      | 370  | 42,18  |
| 2403  | Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst  | 133  | 15,16  |
| 2404  | Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Faziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)   | 554  | 63,16  |
| 2405  | Entfernung eines Schleimbeutels  | 370  | 42,18  |
| 2407  | Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst - gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes | 2310 | 263,34 |
| 2408  | Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla  | 1100 | 125,40 |
| 2410  | Operation eines Mammatumors  | 739  | 84,25  |
| 2411  | Absetzen einer Brustdrüse  | 924  | 105,34 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2412 | Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur  | 1400 | 159,60 |
| 2413 | Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)  | 2310 | 263,34 |
| 2414 | Reduktionsplastik der Mamma   | 2800 | 319,20 |
| 2415 | Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -              | 2000 | 228,-- |
| 2416 | Aufbauplastik nach Mammaamputation - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese -                                    | 3000 | 342,-- |
| 2417 | Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle   | 800  | 91,20  |
| 2418 | Replantation einer verpflanzten Mamille   | 800  | 91,20  |
| 2419 | Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik              | 1200 | 136,80 |
| 2420 | Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung   | 1100 | 125,40 |
| 2421 | Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs  | 600  | 68,40  |
| 2427 | Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) - auch mit Drainage(n) -       | 400  | 45,60  |
| 2428 | Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels                                    | 80   | 9,12   |
| 2429 | Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z.B. bei einem Säugling)   | 220  | 25,08  |
| 2430 | Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses   | 303  | 34,54  |
| 2431 | Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision -  | 379  | 43,21  |
| 2432 | Eröffnung einer Phlegmone   | 473  | 53,92  |
| 2440 | Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung  | 800  | 91,20  |
| 2441 | Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe   | 400  | 45,60  |
| 2442 | Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung   | 900  | 102,60 |
| 2443 | Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides | 800  | 91,20  |
| 2444 | Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid  | 300  | 34,20  |
| 2450 | Operation des Rhinophyms  | 600  | 68,40  |
| 2451 | Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie -                     | 2500 | 285,-- |
| 2452 | Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes -   | 1400 | 159,60 |

|                             |  |      |        |
|-----------------------------|--|------|--------|
| 2453                        | Operation des Lymphödems einer Extremität  | 2000 | 228,-- |
| 2454                        | Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität  | 924  | 105,34 |
| <b>VIII. Neurochirurgie</b> |  |      |        |
| 2500                        | Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels   | 1850 | 210,90 |
| 2501                        | Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels - einschließlich Reimplantation von Knochenstücken -                                  | 3100 | 353,40 |
| 2502                        | Operation eines epiduralen Hämatoms  | 2750 | 313,50 |
| 2503                        | Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom   | 5250 | 598,50 |
| 2504                        | Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder KopfSchwartenplastik   | 4500 | 513,-- |
| 2505                        | Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind   | 3000 | 342,-- |
| 2506                        | Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung   | 3750 | 427,50 |
| 2507                        | Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepation(en) - gegebenenfalls einschließlich Drainage -                                    | 1800 | 205,20 |
| 2508                        | Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung  | 4500 | 513,-- |
| 2509                        | Totalexstirpation eines Hirnabszesses  | 3750 | 427,50 |
| 2510                        | Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms  | 4000 | 456,-- |
| 2515                        | Bohrlochtrepation des Schädels   | 1000 | 114,-- |
| 2516                        | Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn   | 1500 | 171,-- |
| 2517                        | Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn - einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels -  | 2250 | 256,50 |
| 2518                        | Eröffnung der hinteren Schädelgrube  | 2700 | 387,-- |
| 2519                        | Trepanation bei Kraniosynostose  | 2250 | 256,50 |
| 2525                        | Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose (Kraniosynostose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind | 4000 | 456,-- |
| 2526                        | Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns   | 3750 | 427,50 |
| 2527                        | Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion  | 5250 | 598,50 |
| 2528                        | Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors                        | 7500 | 855,-- |
| 2529                        | Operation einer intrakraniellen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)   | 8000 | 912,-- |
| 2530                        | Intrakranielle Embolektomie  | 7500 | 855,-- |
| 2531                        | Intrakranielle Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation   | 7500 | 855,-- |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 2535 | Resektion einer Gehirnhemisphäre   | 6000 | 684,-- |
| 2536 | Resektion eines Gehirnlappens  | 4500 | 513,-- |
| 2537 | Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata   | 6250 | 712,50 |
| 2538 | Operation einer Enzephalozele der Konvexität   | 3750 | 427,50 |
| 2539 | Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele  | 6250 | 712,50 |
| 2540 | Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem   | 4500 | 513,-- |
| 2541 | Ventrikulozisternostomie   | 4500 | 513,-- |
| 2542 | Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung  | 1800 | 225,-- |
| 2550 | Exstirpation eines Kleinhirntumors   | 5000 | 570,-- |
| 2551 | Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors  | 7500 | 855,-- |
| 2552 | Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg   | 6250 | 712,50 |
| 2553 | Intrakraniale Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschuß  | 6000 | 684,-- |
| 2554 | Plastischer Verschuß eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung   | 1800 | 205,20 |
| 2555 | Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel   | 1480 | 168,72 |
| 2556 | Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel  | 1850 | 210,90 |
| 2557 | Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -  | 2400 | 273,60 |
| 2560 | Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem  | 3750 | 427,50 |
| 2561 | Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation   | 4620 | 526,68 |
| 2562 | Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 - gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern -                 | 2250 | 256,50 |
| 2563 | Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis   | 2310 | 263,34 |
| 2564 | Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark  | 4800 | 547,20 |
| 2565 | Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 - | 4100 | 467,40 |



|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 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 - | 3000 | 342,-- |
| 2570 | Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes -   | 4500 | 513,-- |
| 2571 | Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele   | 2650 | 302,10 |
| 2572 | Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik   | 3230 | 368,22 |
| 2573 | Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584  | 500  | 57,--  |
| 2574 | Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal   | 2750 | 313,50 |
| 2575 | Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal   | 3500 | 399,-- |
| 2576 | Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors   | 4500 | 513,-- |
| 2577 | Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses   | 4000 | 456,-- |
| 2580 | Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven  | 554  | 63,16  |
| 2581 | Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes   | 924  | 105,34 |
| 2582 | Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung  | 1800 | 205,20 |
| 2583 | Neurolyse, als selbständige Leistung  | 924  | 105,34 |
| 2584 | Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung   | 1480 | 168,72 |
| 2585 | Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/Armbereich  | 2600 | 296,40 |
| 2586 | End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließlich Wundversorgung -  | 1350 | 153,90 |
| 2587 | Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven  | 1850 | 210,90 |
| 2588 | Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats   | 2100 | 239,40 |
| 2589 | Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)  | 2400 | 273,60 |
| 2590 | Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie -  | 3000 | 342,-- |

|   |   |      |         |
|---|---|------|---------|
| 2591  | Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht | 6000 | 684,--  |
| 2592  | Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung   | 1800 | 205,20  |
| 2593  | Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung   | 2770 | 315,78  |
| 2594  | Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht  | 3000 | 342,--  |
| 2595  | Nervenpfropfung   | 1600 | 182,40  |
| 2596  | Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven  | 2400 | 273,60  |
| 2597  | Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri   | 700  | 79,80   |
| 2598  | Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri  | 1400 | 159,60  |
| 2599  | Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis   | 225  | 25,65   |
| 2600  | Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis  | 1500 | 171,--  |
| 2601  | Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich  | 1000 | 114,--  |
| 2602  | Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion  | 1480 | 168,72  |
| 2603  | Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion   | 3000 | 342,--  |
| 2604  | Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal  | 1480 | 168,72  |
| <b>IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie</b> |   |      |         |
| 2620  | Operation der isolierten Lippenspalte   | 750  | 85,50   |
| 2621  | Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik  | 1500 | 171,--  |
| 2622  | Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -   | 9000 | 1026,-- |
| 2625  | Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum  | 1250 | 142,50  |
| 2626  | Velopharyngoplastik   | 2500 | 285,--  |
| 2627  | Verschuß des harten und weichen Gaumens   | 2000 | 228,--  |
| 2630  | Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik -   | 6000 | 684,--  |
| 2640  | Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte   | 1200 | 136,80  |
| 2642  | Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte  | 1850 | 210,90  |
| 2650  | Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen                              | 740  | 84,36   |
| 2651  | Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer  | 550  | 62,70   |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 2655 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie   | 950  | 108,30 |
| 2656 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion | 620  | 70,68  |
| 2657 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie   | 760  | 86,64  |
| 2658 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion | 500  | 57,--  |
| 2660 | Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung   | 400  | 45,60  |
| 2670 | Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung  | 500  | 57,--  |
| 2671 | Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676  | 300  | 34,20  |
| 2675 | Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich   | 850  | 96,90  |
| 2676 | Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer  | 2200 | 250,80 |
| 2677 | Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung  | 700  | 79,80  |
| 2680 | Einrenkung der Luxation des Unterkiefers   | 100  | 11,40  |
| 2681 | Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers   | 400  | 45,60  |
| 2682 | Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks  | 1400 | 159,60 |
| 2685 | Reposition eines Zahnes  | 200  | 22,80  |
| 2686 | Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes  | 300  | 34,20  |
| 2687 | Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes  | 1300 | 148,20 |
| 2688 | Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung  | 750  | 85,50  |
| 2690 | Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte  | 1000 | 114,-- |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2691 | Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis  | 3600 | 410,40 |
| 2692 | Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich - gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte   | 1500 | 171,-- |
| 2693 | Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur  | 1200 | 136,80 |
| 2694 | Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur   | 450  | 51,30  |
| 2695 | Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate  | 2700 | 307,80 |
| 2696 | Drahtumschlingung des Unterkiefers oder oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig  | 500  | 57,--  |
| 2697 | Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung   | 350  | 39,90  |
| 2698 | Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer   | 1500 | 171,-- |
| 2699 | Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer  | 2200 | 250,80 |
| 2700 | Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme   | 350  | 39,90  |
| 2701 | Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschußplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen - | 1800 | 205,20 |
| 2702 | Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer   | 300  | 34,20  |
| 2705 | Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -  | 1700 | 193,80 |
| 2706 | Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese  | 1300 | 148,20 |
| 2710 | Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung   | 1100 | 125,40 |
| 2711 | Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2640 oder 2642   | 750  | 85,50  |
| 2712 | Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers   | 3000 | 342,-- |
| 2715 | Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -  | 2000 | 228,-- |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2716 | Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite<br>- einschließlich Darstellung und gegebenenfalls<br>Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen - | 5000 | 570,-- |
| 2720 | Osteotomie im Zusammenhang mit operativen<br>Eingriffen am Mundboden - einschließlich<br>Osteosynthese -  | 800  | 91,20  |
| 2730 | Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim<br>Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder<br>Frontzahnbereich                              | 500  | 57,--  |
| 2732 | Operation zur Lagerbildung für Knochen oder<br>Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten  | 2000 | 228,-- |

## **X. Halschirurgie**

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2750 | Eröffnung des Schlundes durch Schnitt   | 1110 | 126,54 |
| 2751 | Tracheotomie  | 554  | 63,16  |
| 2752 | Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen<br>Halszyste - gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des<br>Zungenbeins -                         | 1350 | 153,90 |
| 2753 | Divertikelresektion im Halsbereich  | 1660 | 189,24 |
| 2754 | Operation einer Kiemengangfistel  | 1660 | 189,24 |
| 2755 | Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der<br>Schilddrüse  | 1850 | 210,90 |
| 2756 | Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)  | 2200 | 250,80 |
| 2757 | Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst<br>- einschließlich Ausräumung der regionären<br>Lymphstromgebiete und gegebenenfalls der Nachbarorgane<br>- | 3700 | 421,80 |
| 2760 | Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer<br>Halsseite, als selbständige Leistung  | 1200 | 136,80 |

## **XI. Gefäßchirurgie**

### 1. Allgemeine Verrichtungen

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2800 | Venaesectio   | 275  | 31,35  |
| 2801 | Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den<br>Gliedmaßen, als selbständige Leistung  | 463  | 52,78  |
| 2802 | Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der<br>Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung  | 2220 | 253,08 |
| 2803 | Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am<br>Hals, als selbständige Leistung  | 1480 | 168,72 |
| 2804 | Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß  | 253  | 28,84  |
| 2805 | Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß   | 350  | 39,90  |
| 2807 | Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz  | 739  | 84,25  |
| 2808 | Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz   | 400  | 45,60  |
| 2809 | Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den<br>Gliedmaßen - einschließlich Wundversorgung -  | 740  | 84,36  |
| 2810 | Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior<br>oder inferior (z.B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit<br>Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) -<br>gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären<br>arteriovenösen Fistel - | 5000 | 570,-- |

## 2. Arterienchirurgie

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 2820 | Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie  | 3140 | 357,96 |
| 2821 | Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts   | 4200 | 478,80 |
| 2822 | Rekonstruktive Operation einer Arterie   | 2300 | 262,20 |
| 2823 | Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie   | 1850 | 210,90 |
| 2824 | Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschuß  | 3000 | 342,-- |
| 2825 | Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion  | 6500 | 741,-- |
| 2826 | Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion                                      | 6500 | 741,-- |
| 2827 | Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax   | 7500 | 855,-- |
| 2828 | Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht  | 3000 | 342,-- |
| 2829 | Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz   | 5200 | 592,80 |
| 2834 | Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung  | 1480 | 168,72 |
| 2835 | Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschuß  | 4500 | 513,-- |
| 2836 | Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma  | 5000 | 570,-- |
| 2837 | Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß  | 5000 | 570,-- |
| 2838 | Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie   | 4300 | 490,20 |
| 2839 | Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig  | 3000 | 342,-- |
| 2840 | Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels - auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung - | 3000 | 342,-- |
| 2841 | Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie   | 2000 | 228,-- |
| 2842 | Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels   | 3700 | 421,80 |
| 2843 | Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich   | 3700 | 421,80 |
| 2844 | Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum  | 5500 | 627,-- |

## 3. Venenchirurgie

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 2880 | Inzision eines Varixknotens   | 148  | 16,87  |
| 2881 | Varizenexhairese, einseitig   | 1110 | 126,54 |
| 2882 | Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig                   | 1850 | 210,90 |
| 2883 | Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste | 1200 | 136,80 |
| 2885 | Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst   | 1110 | 126,54 |
| 2886 | Entfernung einer großen Blutadergeschwulst  | 2770 | 315,78 |
| 2887 | Thrombektomie   | 2000 | 228,-- |

|                                |   |      |        |
|--------------------------------|---|------|--------|
| 2888                           | Veno-venöse Umleitung (z.B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts   | 3140 | 357,96 |
| 2889                           | Veno-venöse Umleitung (z.B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts  | 3700 | 421,80 |
| 2890                           | Isolierte Seitenastextirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur   | 350  | 39,90  |
| 2891                           | Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel - | 3000 | 342,-- |
| 2895                           | Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse  | 1480 | 168,72 |
| 2896                           | Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat  | 2100 | 239,40 |
| 2897                           | Beseitigung eines arteriovenösen Shunts   | 1200 | 136,80 |
| 2898                           | Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation   | 1500 | 171,-- |
| 2899                           | Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung  | 2220 | 253,08 |
| 2900                           | Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion   | 3140 | 357,96 |
| 2901                           | Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose  | 3700 | 421,80 |
| 2902                           | Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisierung   | 4620 | 526,68 |
| <b>4. Sympathikuschirurgie</b> |   |      |        |
| 2920                           | Thorakale Sympathektomie  | 2000 | 228,-- |
| 2921                           | Lumbale Sympathektomie  | 1480 | 168,72 |
| <b>XII. Thoraxchirurgie</b>    |   |      |        |
| 2950                           | Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung  | 739  | 84,25  |
| 2951                           | Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung   | 1110 | 126,54 |
| 2952                           | Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe   | 1110 | 126,54 |
| 2953                           | Thorakoplastik  | 3140 | 357,96 |
| 2954                           | Thorakoplastik mit Höhleneröffnung - auch Jalousieplastik -   | 4620 | 526,68 |
| 2955                           | Thorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -  | 5000 | 570,-- |
| 2956                           | Brustwandteilresektion  | 2100 | 239,40 |
| 2957                           | Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung  | 3000 | 342,-- |
| 2959                           | Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung - gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates -   | 5100 | 581,40 |
| 2960                           | Operation einer Brustkorbdeformität (z.B. Trichterbrust)  | 3000 | 342,-- |
| 2970                           | Anlage einer Pleuradrainage (z.B. Bülau'sche Heberdrainage)   | 554  | 63,16  |
| 2971                           | Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage - gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln -   | 148  | 16,87  |

|                            |   |      |        |
|----------------------------|---|------|--------|
| 2972                       | Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung  | 666  | 75,92  |
| 2973                       | Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung  | 2220 | 253,08 |
| 2974                       | Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell  | 3140 | 357,96 |
| 2975                       | Dekortikation der Lunge   | 4800 | 547,20 |
| 2976                       | Ausräumung eines Hämatothorax   | 2000 | 228,-- |
| 2977                       | Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax  | 739  | 84,25  |
| 2979                       | Operative Entfernung eines Pleuraempyems - gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en) -  | 1110 | 126,54 |
| 2985                       | Thorakaler Eingriff am Zwerchfell   | 2220 | 253,08 |
| 2990                       | Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken  | 1110 | 126,54 |
| 2991                       | Thorakotomie mit Herzmassage  | 1480 | 168,72 |
| 2992                       | Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung | 1290 | 147,06 |
| 2993                       | Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen   | 1480 | 168,72 |
| 2994                       | Operative Eingriffe an der Lunge (z.B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)   | 2770 | 315,78 |
| 2995                       | Lob- oder Pneumonektomie  | 3140 | 357,96 |
| 2996                       | Lungensegmentresektion(en)  | 4000 | 456,-- |
| 2997                       | Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)   | 5100 | 581,40 |
| 2998                       | Bilobektomie  | 4800 | 547,20 |
| 2999                       | Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten   | 5600 | 638,40 |
| 3000                       | Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren   | 2770 | 315,78 |
| 3001                       | Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz                    | 5800 | 661,20 |
| 3002                       | Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung  | 4800 | 547,20 |
| 3010                       | Sternotomie, als selbständige Leistung  | 1110 | 126,54 |
| 3011                       | Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal  | 4000 | 456,-- |
| 3012                       | Drainage des Mediastinums   | 554  | 63,16  |
| 3013                       | Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem  | 4000 | 456,-- |
| <b>XIII. Herzchirurgie</b> |   |      |        |
| 3050                       | Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation                                    | 1850 | 210,90 |
| 3051                       | Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050  | 1290 | 147,06 |
| 3052                       | Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050   | 1110 | 126,54 |
| 3053                       | Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050   | 1110 | 126,54 |



|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3054 | Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation  | 1850 | 210,90 |
| 3055 | Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig. | 554  | 63,16  |
| 3060 | Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen   | 554  | 63,16  |
| 3065 | Operation am Perikard, als selbständige Leistung  | 2000 | 228,-- |
| 3066 | Operation der Pericarditis constrictiva   | 3140 | 357,96 |
| 3067 | Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung  | 1480 | 168,72 |
| 3068 | Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose   | 3140 | 357,96 |
| 3069 | Shuntoperation an herznahen Gefäßen   | 3000 | 342,-- |
| 3070 | Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes   | 3000 | 342,-- |
| 3071 | Naht einer Myokardverletzung  | 3000 | 342,-- |
| 3072 | Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ  | 3000 | 342,-- |
| 3073 | Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z.B. Sinus venosus) - auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlöffnung -          | 4000 | 456,-- |
| 3074 | Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlöffnung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)                          | 6500 | 741,-- |
| 3075 | Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß - auch Thrombolyse oder Embolektomie -                                  | 3000 | 342,-- |
| 3076 | Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels  | 4800 | 547,20 |
| 3077 | Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht  | 3000 | 342,-- |
| 3078 | Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese   | 4000 | 456,-- |
| 3079 | Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur  | 3000 | 342,-- |
| 3084 | Valvuloplastik einer Herzklappe   | 3300 | 376,20 |
| 3085 | Operative Korrektur einer Herzklappe  | 3140 | 357,96 |
| 3086 | Operativer Ersatz einer Herzklappe  | 5600 | 638,40 |
| 3087 | Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen  | 7500 | 855,-- |
| 3088 | Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes  | 5600 | 638,40 |
| 3089 | Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte  | 7500 | 855,-- |
| 3090 | Operation von Anomalien der Koronararterien   | 4000 | 456,-- |
| 3091 | Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen - ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)                                    | 4500 | 513,-- |
| 3095 | Schrittmacher-Erstimplantation  | 2770 | 315,78 |
| 3096 | Schrittmacher-Aggregatwechsel   | 1110 | 126,54 |
| 3097 | Schrittmacher-Korrektureingriff - auch Implantation von myokardialen Elektroden -   | 2770 | 315,78 |

#### **XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie**

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 3120 | Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung   | 300  | 34,20  |
| 3121 | Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation  | 500  | 57,--  |
| 3122 | Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)                                    | 375  | 42,75  |
| 3125 | Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus   | 1110 | 126,54 |
| 3126 | Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus  | 4000 | 456,-- |
| 3127 | Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind  | 5000 | 570,-- |
| 3128 | Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel  | 3000 | 342,-- |
| 3129 | Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang   | 3000 | 342,-- |
| 3130 | Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang  | 5000 | 570,-- |
| 3135 | Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme -                | 1110 | 126,54 |
| 3136 | Eröffnung eines subphrenischen Abszesses   | 1110 | 126,54 |
| 3137 | Eröffnung von Abszessen im Bauchraum   | 1110 | 126,54 |
| 3138 | Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung  | 1600 | 182,40 |
| 3139 | Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage                           | 2770 | 315,78 |
| 3144 | Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes - | 1900 | 216,60 |
| 3145 | Teilresektion des Magens   | 2770 | 315,78 |
| 3146 | Kardiaresektion  | 4000 | 456,-- |
| 3147 | Totale Magenentfernung   | 4800 | 547,20 |
| 3148 | Resektion des Ulcus pepticum   | 4000 | 456,-- |
| 3149 | Umwandlungsoperation am Magen (z.B. Billroth II in Billroth I, Interposition)                                      | 5250 | 598,50 |
| 3150 | Gastrotomie  | 1600 | 182,40 |
| 3151 | Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation                                     | 2700 | 307,80 |
| 3152 | Spaltung des Pylorus (z.B. bei Pylorospasmus)  | 1900 | 216,60 |
| 3153 | Pyloroplastik  | 3000 | 342,-- |
| 3154 | Vagotomie am Magen   | 3000 | 342,-- |
| 3155 | Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z.B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik) | 4500 | 513,-- |
| 3156 | Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie          | 450  | 51,30  |
| 3157 | Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion   | 4620 | 526,68 |
| 3158 | Gastroenterostomie   | 2220 | 253,08 |
| 3165 | Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums                           | 4000 | 456,-- |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3166 | Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums   | 3000 | 342,-- |
| 3167 | Anastomose im Dünndarmgebiet - auch mit Teilresektion -   | 2220 | 253,08 |
| 3168 | Jejuno-Zökostomie   | 2600 | 296,40 |
| 3169 | Teilresektion des Kolons - auch mit Anastomose -  | 3750 | 427,50 |
| 3170 | Kolektomie, auch subtotal - mit Ileostomie -  | 5250 | 598,50 |
| 3171 | Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination | 2500 | 285,-- |
| 3172 | Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung   | 1600 | 182,40 |
| 3173 | Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels   | 1480 | 168,72 |
| 3174 | Operative Beseitigung einer Darmduplikatur  | 2700 | 307,80 |
| 3175 | Operation des Mekoniumileus   | 2700 | 307,80 |
| 3176 | Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens  | 3500 | 399,-- |
| 3177 | Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus  | 5000 | 570,-- |
| 3179 | Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus  | 4000 | 456,-- |
| 3181 | Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm - gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm - mit Anastomose                                  | 3500 | 399,-- |
| 3183 | Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma  | 6500 | 741,-- |
| 3184 | Lebertransplantation  | 7500 | 855,-- |
| 3185 | Operation an der Leber (z.B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)  | 3000 | 342,-- |
| 3186 | Exstirpation der Gallenblase  | 2500 | 285,-- |
| 3187 | Operation an den Gallengängen - gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase  | 3250 | 370,50 |
| 3188 | Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes   | 4200 | 478,80 |
| 3189 | Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind   | 4000 | 456,-- |
| 3190 | Papillenexstirpation oder -Spaltung mit Eröffnung des Duodenums   | 2700 | 307,80 |
| 3192 | Milzrevision, als selbständige Leistung   | 2000 | 228,-- |
| 3194 | Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes  | 3700 | 421,80 |
| 3195 | Resektion des Kopfteils vom Pankreas  | 4620 | 526,68 |
| 3196 | Resektion des Schwanzteils vom Pankreas   | 2220 | 253,08 |
| 3197 | Resektion des ganzen Pankreas   | 4620 | 526,68 |
| 3198 | Pankreoduodenektomie (z.B. nach Whipple)  | 5000 | 570,-- |
| 3199 | Milzexstirpation  | 2220 | 253,08 |
| 3200 | Appendektomie   | 1480 | 168,72 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3202 | Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt -<br>gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose -                               | 3000 | 342,-- |
| 3205 | Anlage einer Endodrainage (z.B. Duodenum-Dünndarm-<br>Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen<br>intraabdominalen Operationen                   | 2250 | 256,50 |
| 3206 | Enterostomie - auch einschließlich Katheterfistelung<br>(Kolostomie, Transversumfistel) -   | 2250 | 256,50 |
| 3207 | Anlegen eines Anus praeter  | 1480 | 168,72 |
| 3208 | Verschußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht   | 1250 | 142,50 |
| 3209 | Verschußoperation für einen Anus praeter mit<br>Darmresektion   | 1750 | 199,50 |
| 3210 | Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis   | 2000 | 228,-- |
| 3211 | Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-<br>Methode zur Darmentleerung   | 120  | 13,68  |
| 3215 | Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen<br>AfterverSchlusses   | 150  | 17,10  |
| 3216 | Operation eines kongenitalen tiefreichenden<br>Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie   | 1200 | 136,80 |
| 3217 | Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich<br>Kolondurchzugsoperation   | 3750 | 427,50 |
| 3218 | Radikaloperation eines tiefreichenden<br>Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle  | 2700 | 307,80 |
| 3219 | Operation eines Afterrisses oder Mastdarrrisses   | 278  | 31,69  |
| 3220 | Operation submuköser Mastdarmfisteln  | 300  | 34,20  |
| 3221 | Operation intramuskulärer Mastdarmfisteln   | 370  | 42,18  |
| 3222 | Operation einer transsphinkterischen Mastdarmfistel - auch<br>ihres verzweigten Gangsystems -   | 700  | 79,80  |
| 3223 | Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder<br>Rundbogenfistel - auch jeweils ihres verzweigten<br>Gangsystems -                                 | 850  | 96,90  |
| 3224 | Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder<br>Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht -                                    | 1150 | 131,10 |
| 3226 | Perianale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst<br>mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia<br>posterior) - einschließlich Naht - | 3500 | 399,-- |
| 3230 | Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles   | 120  | 13,68  |
| 3231 | Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus<br>oder perineal   | 1150 | 131,10 |
| 3232 | Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der<br>Bauchhöhle   | 2220 | 253,08 |
| 3233 | Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus - auch mit<br>Kreuzbeinschnitt -  | 2800 | 319,20 |
| 3234 | Rektale Myektomie (z.B. bei Megacolon congenitum) - auch<br>mit Kolostomie -  | 3500 | 399,-- |
| 3235 | Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie  | 5000 | 570,-- |
| 3236 | Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels  | 111  | 12,65  |
| 3237 | Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als<br>selbständige Leistung  | 370  | 42,18  |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 3238 | Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig. | 185  | 21,09  |
| 3239 | Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels  | 1800 | 205,20 |
| 3240 | Operation der Hämorrhoidalknoten   | 554  | 63,16  |
| 3241 | Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z.B. nach Miligan/Morgan) - auch mit Analplastik -  | 924  | 105,34 |

#### **XV. Hernienchirurgie**

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3280 | Operation einer Diaphragmahernie .....  | 2770 | 315,78 |
| 3281 | Operation der Zwerchfellrelaxation .....  | 2250 | 256,50 |
| 3282 | Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches .....   | 222  | 25,31  |
| 3283 | Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches .....   | 1110 | 126,54 |
| 3284 | Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik - auch mit Darmresektion - ..... | 2500 | 285,-- |
| 3285 | Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches ..  | 1290 | 147,06 |
| 3286 | Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches - gegebenenfalls mit Darmresektion - .....                                      | 2000 | 228,-- |
| 3287 | Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind .....                                 | 2500 | 285,-- |
| 3288 | Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel .....   | 2250 | 256,50 |

#### **XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 3300 | Arthroskopie - gegebenenfalls mit Probeexzision - .....  | 500 | 57,-- |
| 3301 | Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung .....  | 473 | 53,92 |
| 3302 | Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301 .....  | 227 | 25,88 |
| 3305 | Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung .....  | 37  | 4,22  |
| 3306 | Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule .   | 148 | 16,87 |
| 3310 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv .....   | 76  | 8,66  |
| 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 ..... | 152 | 17,33 |

|      |   |     |        |
|------|---|-----|--------|
| 3312 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung .....  | 189 | 21,55  |
| 3313 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein .....  | 303 | 34,54  |
| 3314 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter .....  | 379 | 43,21  |
| 3315 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken .....   | 473 | 53,92  |
| 3316 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf .....   | 757 | 86,30  |
| 3317 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm .....  | 946 | 107,84 |
| 3320 | Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels .....  | 95  | 10,83  |
|      | 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. |     |        |
| 3321 | Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied) .....   | 152 | 17,33  |

## 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. Spermogramm), 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.
11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

### I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

| Nummer   | Leistung  | Punktzahl | Gebühr in DM |
|--|---|-----------|--------------|
| <b>Allgemeine Bestimmungen</b>   |   |           |              |
| Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z.B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. |   |           |              |
| Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.  |   |           |              |
| 3500   | Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung  | 90        | 10,26        |
|  | 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.  |           |              |
| 3501   | Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)  | 60        | 6,84         |
| 3502   | Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch   | 120       | 13,68        |
| 3503   | Hämatokrit  | 70        | 7,98         |
|  | Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße  | 60        | 6,84         |
| <b>Katalog</b>   |   |           |              |
| 3504   | Erythrozyten  |           |              |
| 3505   | Leukozyten  |           |              |
| 3506   | Thrombozyten  |           |              |
| 3508   | Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z.B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z.B. Punktate, Sekrete, Stuhl)   | 80        | 9,12         |
| 3509   | Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z.B. Methylenblau, Lugol), je Material  | 100       | 11,40        |
| 3510   | Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z.B. Gramfärbung), je Präparat  | 120       | 13,68        |
| 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 | 50        | 5,70         |
|  | 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.

|   |   |     |       |
|---|---|-----|-------|
| Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße |   | 70  | 7,98  |
| Katalog   |   |     |       |
| 3512  | Alpha-Amylase   |     |       |
| 3513  | Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-T)   |     |       |
| 3514  | Glukose   |     |       |
| 3515  | Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)   |     |       |
| 3516  | Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)  |     |       |
| 3517  | Hämoglobin  |     |       |
| 3518  | Harnsäure   |     |       |
| 3519  | Kalium  |     |       |
| 3520  | Kreatinin   |     |       |
| 3521  | Lipase  |     |       |
| Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße |   | 100 | 11,40 |
| Katalog   |   |     |       |
| 3523  | Antistreptolysin (ASL)  |     |       |
| 3524  | C-reaktives Protein (CRP)   |     |       |
| 3525  | Mononukleosetest  |     |       |
| 3526  | Rheumafaktor (RF)   |     |       |
| 3528  | Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)   | 130 | 14,82 |
| 3529  | Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)  | 150 | 17,10 |
| 3530  | Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)   | 120 | 13,68 |
| 3531  | Urinsediment  | 70  | 7,98  |
| 3532  | Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten - | 90  | 10,26 |

## 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

|        |   |     |       |
|--------|---|-----|-------|
| 3541.H | Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II | 480 | 54,72 |
|--------|---|-----|-------|

## 1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

|   |   |     |       |
|---|---|-----|-------|
| 3550  | Blutbild und Blutbildbestandteile   | 60  | 6,84  |
|   | 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. |     |       |
| 3551  | Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550  | 20  | 2,28  |
| 3552  | Retikulozytenzahl   | 70  | 7,98  |
| <b>2. Elektrolyte, Wasserhaushalt</b>   |   |     |       |
| 3555  | Calcium   | 40  | 4,56  |
| 3556  | Chlorid   | 30  | 3,42  |
| 3557  | Kalium  | 30  | 3,42  |
| 3558  | Natrium   | 30  | 3,42  |
| <b>3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel</b>  |   |     |       |
| Allgemeine Bestimmung   |   |     |       |
| Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten. |   |     |       |
| 3560  | Glukose   | 40  | 4,56  |
| 3561  | Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)   | 200 | 22,80 |
| 3562.H1   | Cholesterin   | 40  | 4,56  |
| 3563.H1   | HDL-Cholesterin   | 40  | 4,56  |
| 3564.H1   | LDL-Cholesterin   | 40  | 4,56  |
| 3565.H1   | Triglyzeride  | 40  | 4,56  |
| <b>4. Proteine, Elektrophoreseverfahren</b>   |   |     |       |
| Allgemeine Bestimmung   |   |     |       |
| Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten. |   |     |       |
| 3570.H1   | Albumin, photometrisch  | 30  | 3,42  |
| 3571  | Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin                                       | 150 | 17,10 |
| 3572  | Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 250 | 28,50 |
| 3573.H1   | Gesamt-Protein im Serum oder Plasma   | 30  | 3,42  |
| 3574  | Proteinelektrophorese im Serum  | 200 | 22,80 |
| 3575  | Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 100 | 11,40 |

## **5. Substrate, Metabolite, Enzyme**

Allgemeine Bestimmung

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

|         |   |    |      |
|---------|---|----|------|
| 3580.H1 | Anorganisches Phosphat  | 40 | 4,56 |
| 3581.H1 | Bilirubin, gesamt   | 40 | 4,56 |
| 3582    | Bilirubin, direkt   | 70 | 7,98 |
| 3583.H1 | Harnsäure   | 40 | 4,56 |
| 3584.H1 | Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)  | 40 | 4,56 |
| 3585.H1 | Kreatinin   | 40 | 4,56 |
| 3587.H1 | Alkalische Phosphatase  | 40 | 4,56 |
| 3588.H1 | Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)  | 50 | 5,70 |
| 3589.H1 | Cholinesterase (Pseudocholinesterase,CHE, PCHE)                           | 40 | 4,56 |
| 3590.H1 | Creatinkinase (CK)  | 40 | 4,56 |
| 3591.H1 | Creatinkinase MB (CK-MB),Immuninhibitionsmethode                          | 50 | 5,70 |
| 3592.H1 | Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)        | 40 | 4,56 |
| 3593.H1 | Glutamatdehydrogenase (GLDH)  | 50 | 5,70 |
| 3594.H1 | Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST) | 40 | 4,56 |
| 3595.H1 | Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)      | 40 | 4,56 |
| 3596.H1 | Hydroxybutyratdehydrogenase (HDB)   | 40 | 4,56 |
| 3597.H1 | Laktatdehydrogenase (LDH)   | 40 | 4,56 |
| 3598.H1 | Lipase  | 50 | 5,70 |
| 3599    | Saure Phosphatase (sP), photometrisch                                     | 70 | 7,98 |

## 6. Gerinnungssystem

|      |   |    |      |
|------|---|----|------|
| 3605 | Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung             | 50 | 5,70 |
| 3606 | Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ),Doppelbestimmung                           | 70 | 7,98 |
| 3607 | Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung | 50 | 5,70 |

## 7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 3610 | Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)                 | 100 | 11,40 |
| 3611 | Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)             | 160 | 18,24 |
| 3612 | Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose) | 280 | 31,92 |
| 3613 | Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)         | 160 | 18,24 |
| 3615 | Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)             | 60  | 6,84  |

## 8. Spurenelemente

|      |                            |    |      |
|------|----------------------------|----|------|
| 3620 | Eisen im Serum oder Plasma | 40 | 4,56 |
| 3621 | Magnesium                  | 40 | 4,56 |

## III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

### Höchstwerte

|        |  |      |        |
|--------|--|------|--------|
| 3630.H | Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8  | 870  | 99,18  |
| 3631.H | Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10 | 1400 | 159,60 |
| 3633.H | Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14 | 550  | 62,70  |

### 1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

|      |  |    |      |
|------|--|----|------|
| 3650 | Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung   | 60 | 6,84 |
|      | 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. |    |      |
| 3651 | Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -  | 70 | 7,98 |
| 3652 | Streifenfest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung  | 35 | 3,99 |
| 3653 | Urinsediment, mikroskopisch  | 50 | 5,70 |
| 3654 | Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch   | 80 | 9,12 |

### 2. Sekrete, Liquor, Konkremente

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 3660 | Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung   | 40  | 4,56  |
| 3661 | Gallensediment, mikroskopisch  | 40  | 4,56  |
| 3662 | HCl, titrimetrisch   | 70  | 7,98  |
| 3663 | Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch  | 160 | 18,24 |
| 3664 | Spermienagglutination, mikroskopisch   | 120 | 13,68 |
| 3665 | Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz   | 150 | 17,10 |
| 3667 | Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch  | 70  | 7,98  |
| 3668 | Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung) | 400 | 45,60 |

Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 3669 | Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch   | 60  | 6,84  |
| 3670 | Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch   | 60  | 6,84  |
| 3671 | Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch   | 160 | 18,24 |
| 3672 | Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopischeinschließlich chemischer Reaktionen<br>- | 250 | 28,50 |
| 3673 | Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraction  | 570 | 64,98 |

### **3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen**

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 3680 | Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch   | 90  | 10,26 |
| 3681 | Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch   | 570 | 64,98 |
| 3682 | Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs   | 120 | 13,68 |
| 3683 | Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z.B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung                                     | 250 | 28,50 |
| 3686 | Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch   | 70  | 7,98  |
| 3688 | Osmotische Resistenz der Erythrozyten   | 90  | 10,26 |
| 3689 | Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch   | 160 | 18,24 |
| 3690 | Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch  | 180 | 20,52 |
| 3691 | Hämoglobinelektrophorese  | 570 | 64,98 |
| 3692 | Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch  | 60  | 6,84  |
| 3693 | Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Lumineszenz (O <sub>2</sub> -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest | 570 | 64,98 |
| 3694 | Lymphozytentransformationstest  | 570 | 64,98 |
| 3695 | Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)  | 120 | 13,68 |
| 3696 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfachoder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum                      | 570 | 64,98 |
| 3697 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum   | 250 | 28,50 |

Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3698 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 450  | 51,30  |
| 3699 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum | 360  | 41,04  |
|      | Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.  |      |        |
| 3700 | Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatikasensibilität  | 2000 | 228,-- |

#### **4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten**

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 3710 | Blutgasanalyse (pH und/oder PCO2 und/oder PO2 und/oder Hb)                            | 90  | 10,26 |
| 3711 | Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG) .                                    | 40  | 4,56  |
| 3712 | Viskosität (z.B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch                                | 250 | 28,50 |
| 3714 | Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin | 40  | 4,56  |
| 3715 | Bikarbonat  | 60  | 6,84  |
| 3716 | Osmolalität   | 50  | 5,70  |

#### **5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 3721 | Glykierte Proteine   | 250 | 28,50 |
| 3722 | Fructosamin, photometrisch   | 70  | 7,98  |
| 3723 | Fruktose, photometrisch  | 200 | 22,80 |
| 3724 | D-Xylose, photometrisch  | 200 | 22,80 |
| 3725 | Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassaygegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung | 200 | 22,80 |
| 3726 | Fettsäuren, Gaschromatographie   | 410 | 46,74 |
| 3727 | Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation   | 680 | 77,52 |
| 3728 | Lipidelektrophorese, qualitativ  | 180 | 20,52 |
| 3729 | Lipidelektrophorese, quantitativ   | 300 | 34,20 |
| 3730 | Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmundiffusion   | 300 | 34,20 |

#### **6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren**

Allgemeine Bestimmung

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

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 3735 | Albumin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 150 | 17,10 |
| 3736 | Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie   | 120 | 13,68 |
| 3737 | Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie  | 570 | 64,98 |
| 3738 | Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie  | 250 | 28,50 |
| 3739 | Alpha(tief)1 -Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 180 | 20,52 |
| 3740 | Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 180 | 20,52 |
| 3741 | C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 200 | 22,80 |
| 3742 | Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 250 | 28,50 |
| 3743 | Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -  | 250 | 28,50 |
| 3744 | Fibronectin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 450 | 51,30 |
| 3745 | Beta(tief)2-Glykoprotein II (C(tief)3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 180 | 20,52 |
| 3746 | Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 180 | 20,52 |
| 3747 | Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 180 | 20,52 |
| 3748 | Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz  | 200 | 22,80 |
| 3749 | Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum   | 200 | 22,80 |
| 3750 | Isoelektrische Fokussierung (z.B. Oligoklonale Banden)   | 570 | 64,98 |
| 3751 | Kryoglobuline, qualitativ, visuell   | 40  | 4,56  |
| 3752 | Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung  | 120 | 13,68 |
| 3753 | Alpha(tief)2 -Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 180 | 20,52 |
| 3754 | Mikroglobuline (Alpha(tief)1, Beta(tief)2), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung | 200 | 22,80 |
| 3755 | Myoglobin, Agglutination, qualitativ   | 60  | 6,84  |

|   |   |     |       |
|---|---|-----|-------|
| 3756                                    | Myoglobin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden | 200 | 22,80 |
| 3758                                    | Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest   | 60  | 6,84  |
| 3759                                    | Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 180 | 20,52 |
| 3760                                    | Protein im Urin, photometrisch  | 70  | 7,98  |
| 3761                                    | Proteinelektrophorese im Urin   | 250 | 28,50 |
| 3762                                    | Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung                                 | 40  | 4,56  |
| 3763                                    | SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z.B. Westernblot)  | 570 | 64,98 |
| 3764                                    | SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese   | 250 | 28,50 |
| 3765                                    | Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -  | 450 | 51,30 |
| 3766.H4                                 | Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                             | 250 | 28,50 |
| 3767                                    | Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 450 | 51,30 |
| 3768                                    | Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren   | 360 | 41,04 |
| <b>7. Substrate, Metabolite, Enzyme</b> |   |     |       |
| 3774                                    | Ammoniak (NH <sub>4</sub> )   | 220 | 25,08 |
| 3775                                    | Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch   | 180 | 20,52 |
| 3776                                    | Citrat, photometrisch   | 300 | 34,20 |
| 3777                                    | Gallensäuren, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 290 | 33,06 |
| 3778                                    | Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch  | 120 | 13,68 |
| 3779                                    | Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ   | 40  | 4,56  |
| 3780                                    | Kreatin   | 120 | 13,68 |
| 3781                                    | Laktat, photometrisch   | 220 | 25,08 |
| 3782                                    | Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)  | 200 | 22,80 |
| 3783                                    | Organisches Säureprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie  | 570 | 64,98 |
| 3784                                    | Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz   | 150 | 17,10 |
| 3785                                    | Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz                             | 300 | 34,20 |



|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 3786 | Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)   | 220 | 25,08 |
| 3787 | Chymotrypsin (Stuhl)  | 120 | 13,68 |
| 3788 | Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -      | 200 | 22,80 |
| 3789 | Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym                              | 120 | 13,68 |
| 3790 | Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym   | 120 | 13,68 |
| 3791 | Granulozyten-Elastase, Ligandenassayeinschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 290 | 33,06 |
| 3792 | Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 180 | 20,52 |
| 3793 | Lysozym   | 120 | 13,68 |
| 3794 | Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 200 | 22,80 |
| 3795 | Tartrathemmbar saure Phosphatase (PSP)  | 110 | 12,54 |
| 3796 | Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                                     | 200 | 22,80 |

## 8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

### Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3630.H zu beachten.

Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer

Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

290 33,06

### Katalog

Antikörper gegen

|         |  |
|---------|--|
| 3805.H2 | Basalmembran (GBM)                     |
| 3806.H2 | Centromerregion                        |
| 3807.H2 | Endomysium                             |
| 3808.H2 | Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA) |
| 3809.H2 | Glatte Muskulatur (SMA)                |
| 3811.H2 | Haut (AHA, BMA und ICS)                |
| 3812.H2 | Herzmuskulatur (HMA)                   |
| 3813.H2 | Kerne (ANA)                            |
| 3814.H2 | Kollagen                               |
| 3815.H2 | Langerhans-Inseln (ICA)                |
| 3816.H2 | Mikrosomen (Thyropoxidase)             |
| 3817.H2 | Mikrosomen (Leber, Niere)              |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
| 3818.H2   | Mitochondrien (AMA)  |     |       |
| 3819.H2   | nDNA   |     |       |
| 3820.H2   | Nebenniere   |     |       |
| 3821.H2   | Parietalzellen (PCA)   |     |       |
| 3822.H2   | Skelettmuskulatur (SkMA)   |     |       |
| 3823.H2   | Speichelgangepithel  |     |       |
| 3824.H2   | Spermien   |     |       |
| 3825.H2   | Thyreoglobulin   |     |       |
| 3826.H2   | zytoplasmatische Antigene in neutrophilen<br>Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)   |     |       |
| 3827.H2   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem<br>Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben. |     |       |
| Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer<br>Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder<br>ähnlicher Untersuchungsmethoden |  | 510 | 58,14 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 3832  | Basalmembran (GBM)   |     |       |
| 3833  | Centromerregion  |     |       |
| 3834  | Endomysium   |     |       |
| 3835  | Extrahierbare, nukleare Antigene (ENA)   |     |       |
| 3836  | Glatte Muskulatur (SMA)  |     |       |
| 3838  | Haut (AHA, BMA und ICS)  |     |       |
| 3839  | Herzmuskulatur (HMA)   |     |       |
| 3840  | Kerne (ANA)  |     |       |
| 3841  | Kollagen   |     |       |
| 3842  | Langerhans-Inseln (ICA)  |     |       |
| 3843  | Mikrosomen (Thyroperoxidase)   |     |       |
| 3844  | Mikrosomen (Leber, Niere)  |     |       |
| 3845  | Mitochondrien (AMA)  |     |       |
| 3846  | nDNA   |     |       |
| 3847  | Parietalzellen (PCA)   |     |       |
| 3848  | Skelettmuskulatur (SkMA)   |     |       |
| 3849  | Speichelgangepithel  |     |       |
| 3850  | Spermien   |     |       |
| 3852  | Thyreoglobulin   |     |       |
| 3853  | zytoplasmatische Antigene in neutrophilen<br>Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)   |     |       |
| 3854  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem<br>Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben. |     |       |

|   |     |       |
|---|-----|-------|
| Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese | 300 | 34,20 |
| Katalog   |     |       |
| Antikörper gegen  |     |       |
| 3857 DNS  |     |       |
| 3858 Histone  |     |       |
| 3859 Ribonukleoprotein (RNP)  |     |       |
| 3860 SM-Antigen   |     |       |
| 3861 SS-A-Antigen   |     |       |
| 3862 SS-B-Antigen   |     |       |
| 3863 Scl-70-Antigen   |     |       |
| 3864 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -  | 450 | 51,30 |
| Katalog   |     |       |
| Antikörper gegen  |     |       |
| 3868 Azetylcholinrezeptoren   |     |       |
| 3869 Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion  |     |       |
| 3870 Interferon alpha   |     |       |
| 3871 Mikrosomen (Thyroperoxydase)   |     |       |
| 3872 Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)   |     |       |
| 3873 Myeloperoxydase (P-ANCA)   |     |       |
| 3874 Proteinase 3 (C-ANCA)  |     |       |
| 3875 Spermien   |     |       |
| 3876 Thyreoglobulin   |     |       |
| 3877 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| 3879 Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -  | 550 | 62,70 |
| 3881 Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassayeinschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -  | 290 | 33,06 |
| Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination   | 90  | 10,26 |
| Katalog   |     |       |
| Antikörper gegen  |     |       |
| 3884 Fc von IgM (Rheumafaktor)  |     |       |
| 3885 Thyreoglobulin (Boydentest)  |     |       |
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden   | 180 | 20,52 |

Katalog

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 3886 | Fc von IgM (Rheumafaktor)  |     |       |
| 3889 | Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern | 200 | 22,80 |

**9. Antikörper gegenkörperfremde Antigene**

Allgemeine Bestimmung

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

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3890 | Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Mischallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen                                | 250  | 28,50  |
| 3891 | Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen   | 250  | 28,50  |
| 3892 | Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger   | 200  | 22,80  |
| 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    | 500  | 57,--  |
| 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 | 900  | 102,60 |
| 3895 | Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion   | 1100 | 125,40 |
| 3896 | Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden  | 290  | 33,06  |
| 3897 | Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden   | 510  | 58,14  |
| 3898 | Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 450  | 51,30  |

**10. Tumormarker**

Allgemeine Bestimmung

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

|         |   |     |       |
|---------|---|-----|-------|
| 3900.H3 | Ca 125, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -  | 300 | 34,20 |
| 3901.H3 | Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 450 | 51,30 |

|         |   |     |       |
|---------|---|-----|-------|
| 3902.H3 | Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                               | 300 | 34,20 |
| 3903.H3 | Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                                 | 450 | 51,30 |
| 3904.H3 | Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                               | 450 | 51,30 |
| 3905.H3 | Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -      | 250 | 28,50 |
| 3906.H3 | Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                            | 450 | 51,30 |
| 3907.H3 | Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                    | 450 | 51,30 |
| 3908.H3 | Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   | 300 | 34,20 |
| 3909.H3 | Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 450 | 51,30 |
| 3910.H3 | Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                                       | 450 | 51,30 |
| 3911.H3 | Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -      | 450 | 51,30 |

#### **11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite**

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 3920 | Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial  | 900  | 102,60 |
| 3921 | Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym  | 150  | 17,10  |
| 3922 | Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)  | 500  | 57,--  |
| 3923 | Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)  | 1000 | 114,-- |
| 3924 | Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde | 300  | 34,20  |
| 3925 | Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)       | 600  | 68,40  |
| 3926 | Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung  | 2000 | 228,-- |

#### **12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 3930 | Antithrombin III, chromogenes Substrat                               | 110 | 12,54 |
| 3931 | Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden | 180 | 20,52 |
| 3932 | Blutungszeit   | 60  | 6,84  |
| 3933 | Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch                              | 100 | 11,40 |

|      |  |     |        |
|------|--|-----|--------|
| 3934 | Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 180 | 20,52  |
| 3935 | Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ  | 120 | 13,68  |
| 3936 | Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ   | 250 | 28,50  |
| 3937 | Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ  | 180 | 20,52  |
| 3938 | Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ   | 360 | 41,04  |
| 3939 | Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor   | 460 | 52,44  |
| 3940 | Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor   | 720 | 82,08  |
| 3941 | Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   | 250 | 28,50  |
| 3942 | Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden                      | 180 | 20,52  |
| 3943 | Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden  | 250 | 28,50  |
| 3944 | Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat  | 300 | 34,20  |
| 3945 | Heparin, chromogenes Substrat  | 140 | 15,96  |
| 3946 | Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung   | 70  | 7,98   |
| 3947 | Plasmatauschversuch  | 460 | 52,44  |
| 3948 | Plasminogen, chromogenes Substrat  | 140 | 15,96  |
| 3949 | Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat  | 410 | 46,74  |
| 3950 | Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor           | 480 | 54,72  |
| 3951 | Protein C-Aktivität  | 450 | 51,30  |
| 3952 | Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                     | 450 | 51,30  |
| 3953 | Protein S-Aktivität  | 450 | 51,30  |
| 3954 | Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                     | 450 | 51,30  |
| 3955 | Reptilasezeit  | 100 | 11,40  |
| 3956 | Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination   | 200 | 22,80  |
| 3957 | Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm  | 180 | 20,52  |
| 3958 | Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 480 | 54,72  |
| 3959 | Thrombinkoagulasezeit  | 100 | 11,40  |
| 3960 | Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung   | 70  | 7,98   |
| 3961 | Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren  | 900 | 102,60 |
| 3962 | Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch   | 60  | 6,84   |
| 3963 | Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                 | 480 | 54,72  |
| 3964 | C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat   | 360 | 41,04  |
| 3965 | C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden                                   | 260 | 29,64  |

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 3966 | Gesamtkomplement AH 50  | 600 | 68,40 |
| 3967 | Gesamtkomplement CH 50  | 500 | 57,-- |
|      | Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems   | 250 | 28,50 |
|      | Katalog   |     |       |
| 3968 | Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis  |     |       |
| 3969 | Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   |     |       |
| 3970 | Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis  |     |       |
| 3971 | Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden   |     |       |
|      | <b>13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System</b>  |     |       |
| 3980 | ABO-Merkmale  | 100 | 11,40 |
| 3981 | ABO-Merkmale und Isoagglutinine   | 180 | 20,52 |
| 3982 | ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)   | 300 | 34,20 |
| 3983 | ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)  | 500 | 57,-- |
|      | Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale   |     |       |
|      | Katalog   |     |       |
| 3984 | im NaCl- oder Albumin-Milieu (z.B. P, Lewis, MNS), je Merkmal   | 120 | 13,68 |
| 3985 | im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. C(hoch)w, Kell, D(hoch)u, Duffy), je Merkmal  | 200 | 22,80 |
| 3986 | im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. Kidd, Lutheran), je Merkmal   | 360 | 41,04 |
|      | Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| 3987 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)   | 140 | 15,96 |
| 3988 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)  | 200 | 22,80 |
| 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 | 60  | 6,84  |
| 3990 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu   | 70  | 7,98  |
| 3991 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu  | 100 | 11,40 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 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         | 30   | 3,42   |
| 3993 | Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992  | 400  | 45,60  |
| 3994 | Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z.B. Kälteagglutinine, Hämolytine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)  | 140  | 15,96  |
| 3995 | Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden  | 350  | 39,90  |
| 3996 | Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden  | 600  | 68,40  |
| 3997 | Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren  | 120  | 13,68  |
| 3998 | Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum  | 90   | 10,26  |
| 3999 | Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehemolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung<br>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.   | 360  | 41,04  |
| 4000 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest   | 200  | 22,80  |
| 4001 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System<br>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig. | 300  | 34,20  |
| 4002 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle  | 100  | 11,40  |
| 4003 | Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung  | 400  | 45,60  |
| 4004 | Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen   | 750  | 85,50  |
| 4005 | Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004   | 3000 | 342,-- |
| 4006 | Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum  | 30   | 3,42   |
| 4007 | Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006   | 3600 | 410,40 |



|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 4008 | Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt | 2500 | 285,-- |
| 4009 | Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt    | 2700 | 307,80 |
| 4010 | HLA-Isoantikörnernachweis   | 800  | 91,20  |
| 4011 | Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt   | 1600 | 182,40 |
| 4012 | Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen                     | 750  | 85,50  |
| 4013 | Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen -                                  | 4600 | 524,40 |
| 4014 | Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person  | 2300 | 262,20 |

#### **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 - | 250 | 28,50 |
|---|-----|-------|

##### Katalog

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

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 350 | 39,90 |
|--|-----|-------|

##### Katalog

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| 4035 | 17-Alpha-Hydroxyprogesteron         |
| 4036 | Androstendion                       |
| 4037 | Dehydroepiandrosteron (DHEA)        |
| 4038 | Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) |
| 4039 | Östradiol                           |
| 4040 | Progesteron                         |

|  |   |     |        |
|--|---|-----|--------|
| 4041   | Prolaktin   |     |        |
| 4042   | Testosteron   |     |        |
| 4043   | Wachstumshormon (HGH)   |     |        |
| 4044   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.  |     |        |
| Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                         |   | 480 | 54,72  |
| Katalog  |   |     |        |
| 4045   | Aldosteron  |     |        |
| 4046   | C-Peptid  |     |        |
| 4047   | Calcitonin  |     |        |
| 4048   | cAMP  |     |        |
| 4049   | Corticotropin (ACTH)  |     |        |
| 4050   | Erythropoetin   |     |        |
| 4051   | Gastrin   |     |        |
| 4052   | Glukagon  |     |        |
| 4053   | Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität   |     |        |
| 4054   | Osteocalcin   |     |        |
| 4055   | Oxytocin  |     |        |
| 4056   | Parathormon   |     |        |
| 4057   | Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten  |     |        |
| 4058   | Reninkonzentration  |     |        |
| 4060   | Somatomedin   |     |        |
| 4061   | Vasopressin (Aldiuretin, ADH)   |     |        |
| 4062   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.  |     |        |
| Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                         |   | 750 | 85,50  |
| Katalog  |   |     |        |
| 4064   | Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)   |     |        |
| 4065   | Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)  |     |        |
| 4066   | Pankreatisches Polypeptid (PP)  |     |        |
| 4067   | Parathyroid hormone related peptide   |     |        |
| 4068   | Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)   |     |        |
| 4069   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.  |     |        |
| 4070   | Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper - | 900 | 102,60 |
| Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie |   | 570 | 64,98  |
| Katalog  |   |     |        |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 4071 | 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)  |      |        |
| 4072 | Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin   |      |        |
| 4073 | Homovanillinsäure im Urin (HVA)  |      |        |
| 4074 | Metanephrine   |      |        |
| 4075 | Serotonin  |      |        |
| 4076 | Steroidprofil  |      |        |
| 4077 | Vanillinmandelsäure (VMA)  |      |        |
| 4078 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |      |        |
| 4079 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie   | 350  | 39,90  |
| 4080 | 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ  | 120  | 13,68  |
| 4081 | Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)   | 120  | 13,68  |
| 4082 | Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 140  | 15,96  |
| 4083 | Luteotropin (LH) im Urin, Agglutination, im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation, je Bestimmung   | 570  | 64,98  |
| 4084 | Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch  | 570  | 64,98  |
| 4085 | Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ   | 250  | 28,50  |
| 4086 | Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -   | 1200 | 136,80 |
| 4087 | Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -  | 1200 | 136,80 |
| 4088 | Andere Hormonrezeptoren (z.B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung -  | 1200 | 136,80 |
| 4089 | Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassayeinschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - .   | 450  | 51,30  |

## 15. Funktionsteste

### Allgemeine Bestimmungen

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 4090 | ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)                    | 500  | 57,--  |
| 4091 | ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)                         | 500  | 57,--  |
| 4092 | Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/ Noradrenalin im Plasma) | 1140 | 129,96 |
| 4093 | Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)                   | 1000 | 114,-- |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 4094 | CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)   | 2190 | 249,66 |
| 4095 | D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)  | 200  | 22,80  |
| 4096 | Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)  | 120  | 13,68  |
| 4097 | Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)  | 500  | 57,--  |
| 4098 | Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol) | 500  | 57,--  |
| 4099 | Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol) | 500  | 57,--  |
| 4100 | Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)   | 280  | 31,92  |
| 4101 | Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)   | 3840 | 437,76 |
| 4102 | GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)  | 2100 | 239,40 |
| 4103 | HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)  | 700  | 79,80  |
| 4104 | Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)  | 960  | 109,44 |
| 4105 | Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)   | 500  | 57,--  |
| 4106 | Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)  | 3840 | 437,76 |
| 4107 | Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)  | 900  | 102,60 |
| 4108 | Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)  | 200  | 22,80  |
| 4109 | LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)   | 1000 | 114,-- |
| 4110 | MEGX-Test (Monoethylglycinxylylid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)   | 500  | 57,--  |
| 4111 | Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)   | 700  | 79,80  |
| 4112 | Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)  | 2880 | 328,32 |
| 4113 | Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)  | 1920 | 218,88 |
| 4114 | Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)  | 1920 | 218,88 |
| 4115 | Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)   | 1920 | 218,88 |
| 4116 | Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)                                    | 1080 | 123,12 |
| 4117 | TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)  | 500  | 57,--  |
| 4118 | Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)   | 720  | 82,08  |

## 16. Porphyrine und ihre Vorläufer

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4120 | Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA),<br>photometrisch und säulenchromatographisch                          | 570 | 64,98 |
| 4121 | Gesamt-Porphyrine, photometrisch   | 250 | 28,50 |
| 4122 | Gesamt-Porphyrine, qualitativ  | 120 | 13,68 |
| 4123 | Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-<br>Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell,<br>qualitativ | 60  | 6,84  |
| 4124 | Porphobilinogen (PBG), photometrisch und<br>säulenchromatographisch  | 570 | 64,98 |
| 4125 | Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten),<br>Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material                      | 570 | 64,98 |
| 4126 | Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten),<br>Dünnschichtchromatographie, je Material                                | 460 | 52,44 |

## 17. Spurenelemente, Vitamine

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4130 | Eisen im Urin, Atomabsorption  | 120 | 13,68 |
| 4131 | Kupfer im Serum oder Plasma  | 40  | 4,56  |
| 4132 | Kupfer im Urin, Atomabsorption   | 410 | 46,74 |
| 4133 | Mangan, Atomabsorption, flammenlos   | 410 | 46,74 |
| 4134 | Selen, Atomabsorption, flammenlos  | 410 | 46,74 |
| 4135 | Zink, Atomabsorption   | 90  | 10,26 |
| 4138 | 25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D,D(tief)2),<br>Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung<br>und aktueller Bezugskurve -                         | 480 | 54,72 |
| 4139 | 1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)(tief)2D(tief)3,<br>Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich<br>Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 750 | 85,50 |
| 4140 | Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay -<br>gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und<br>aktueller Bezugskurve -                    | 250 | 28,50 |

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Untersuchung von Vitaminen mittels<br>Hochdruckflüssigkeitschromatographie | 360 | 41,04 |
|--|-----|-------|

Katalog

|      |           |
|------|-----------|
| 4141 | Vitamin A |
|------|-----------|

|      |           |
|------|-----------|
| 4142 | Vitamin E |
|------|-----------|

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Untersuchung von Vitaminen mittels<br>Hochdruckflüssigkeitschromatographie | 570 | 64,98 |
|--|-----|-------|

Katalog

|      |  |
|------|--|
| 4144 | 25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D(tief)2) |
|------|--|

|      |            |
|------|------------|
| 4145 | Vitamin B1 |
|------|------------|

|      |            |
|------|------------|
| 4146 | Vitamin B6 |
|------|------------|

|      |           |
|------|-----------|
| 4147 | Vitamin K |
|------|-----------|

## 18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich<br>Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 250 | 28,50 |
|--|-----|-------|

Katalog

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4150 | Amikacin  |     |       |
| 4151 | Amphetamin  |     |       |
| 4152 | Azetaminophen   |     |       |
| 4153 | Barbiturate   |     |       |
| 4154 | Benzodiazepine  |     |       |
| 4155 | Cannabinoide  |     |       |
| 4156 | Carbamazepin  |     |       |
| 4157 | Chinidin  |     |       |
| 4158 | Cocainmetabolite  |     |       |
| 4160 | Desipramin  |     |       |
| 4161 | Digitoxin   |     |       |
| 4162 | Digoxin   |     |       |
| 4163 | Disopyramid   |     |       |
| 4164 | Ethosuximid   |     |       |
| 4165 | Flecainid   |     |       |
| 4166 | Gentamicin  |     |       |
| 4167 | Lidocain  |     |       |
| 4168 | Methadon  |     |       |
| 4169 | Methotrexat   |     |       |
| 4170 | N-Azetylprocainamid   |     |       |
| 4171 | Netilmicin  |     |       |
| 4172 | Opiate  |     |       |
| 4173 | Phenobarbital   |     |       |
| 4174 | Phenytoin   |     |       |
| 4175 | Primidon  |     |       |
| 4176 | Propaphenon   |     |       |
| 4177 | Salizylat   |     |       |
| 4178 | Streptomycin  |     |       |
| 4179 | Theophyllin   |     |       |
| 4180 | Tobramicin  |     |       |
| 4181 | Valproinsäure   |     |       |
| 4182 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.  |     |       |
| 4185 | Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch),<br>Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich<br>Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -                           | 300 | 34,20 |
|      | Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich vorhergehender<br>Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und<br>aktueller Bezugskurve - | 700 | 79,80 |
|      | Katalog   |     |       |
| 4186 | Amitryptilin  |     |       |
| 4187 | Imipramin   |     |       |

|      |   |     |        |
|------|---|-----|--------|
| 4188 | Nortriptylin  |     |        |
|      | Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos   | 410 | 46,74  |
|      | Katalog   |     |        |
| 4190 | Aluminium   |     |        |
| 4191 | Arsen   |     |        |
| 4192 | Blei  |     |        |
| 4193 | Cadmium   |     |        |
| 4194 | Chrom   |     |        |
| 4195 | Gold  |     |        |
| 4196 | Quecksilber   |     |        |
| 4197 | Thallium  |     |        |
| 4198 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.                        |     |        |
|      | Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung  | 360 | 41,04  |
|      | Katalog   |     |        |
| 4199 | Amiodarone  |     |        |
| 4200 | Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)  |     |        |
| 4201 | Chinidin  |     |        |
| 4202 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.                        |     |        |
|      | Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung  | 450 | 51,30  |
|      | Katalog   |     |        |
| 4203 | Antibiotika   |     |        |
| 4204 | Antimykotika  |     |        |
|      | Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung  | 410 | 46,74  |
|      | Katalog   |     |        |
| 4206 | Valproinsäure   |     |        |
| 4207 | Ethanol   |     |        |
| 4208 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.                        |     |        |
| 4209 | Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung | 480 | 54,72  |
| 4210 | Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung               | 900 | 102,60 |
| 4211 | Ethanol, photometrisch  | 150 | 17,10  |
| 4212 | Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ  | 250 | 28,50  |

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4213 | Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung | 360 | 41,04 |
| 4114 | Lithium   | 60  | 6,84  |

### 19. Antikörper gegen Bakterienantigene

#### Allgemeine Bestimmung

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

|  |    |       |
|--|----|-------|
| Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) | 90 | 10,26 |
|--|----|-------|

#### Katalog

##### Antikörper gegen

|      |  |
|------|--|
| 4220 | Borrelia burgdorferi   |
| 4221 | Brucellen  |
| 4222 | Campylobacter  |
| 4223 | Francisellen   |
| 4224 | Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ   |
| 4225 | Leptospiren  |
| 4226 | Listerien, je Typ  |
| 4227 | Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)  |
| 4228 | Salmonellen-H-Antigene   |
| 4229 | Salmonellen-O-Antigene   |
| 4230 | Staphylolysin  |
| 4231 | Streptolysin   |
| 4232 | Treponema pallidum (TPHA, Cardirolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)   |
| 4233 | Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ  |
| 4234 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) | 230 | 26,22 |
|--|-----|-------|

#### Katalog

##### Antikörper gegen

|      |   |
|------|---|
| 4235 | Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion) |
| 4236 | Borrelia burgdorferi                        |
| 4237 | Brucellen                                   |
| 4238 | Campylobacter                               |
| 4239 | Francisellen                                |
| 4240 | Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ       |
| 4241 | Leptospiren                                 |
| 4242 | Listerien, je Typ                           |



|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
| 4243  | Rickettsien  |     |       |
| 4244  | Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen  |     |       |
| 4245  | Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen  |     |       |
| 4246  | Staphylolysin  |     |       |
| 4247  | Streptolysin   |     |       |
| 4248  | Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflokkungstest, VDRL-Test)  |     |       |
| 4249  | Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ   |     |       |
| 4250  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |     |       |
| Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden   |  | 290 | 33,06 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4251  | Bordetella pertussis   |     |       |
| 4252  | Borrelia burgdorferi   |     |       |
| 4253  | Chlamydia trachomatis  |     |       |
| 4254  | Coxiella burneti   |     |       |
| 4255  | Legionella pneumophila   |     |       |
| 4256  | Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)  |     |       |
| 4257  | Mycoplasma pneumoniae  |     |       |
| 4258  | Rickettsien  |     |       |
| 4259  | Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)  |     |       |
| 4260  | Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)  |     |       |
| 4261  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |     |       |
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden |  | 510 | 58,14 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4263  | Bordetella pertussis   |     |       |
| 4264  | Borrelia burgdorferi   |     |       |
| 4265  | Chlamydia trachomatis  |     |       |
| 4266  | Coxiella burneti   |     |       |
| 4267  | Legionella pneumophila   |     |       |
| 4268  | Mycoplasma pneumoniae  |     |       |
| 4269  | Rickettsien  |     |       |
| 4270  | Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)  |     |       |
| 4271  | Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)  |     |       |
| 4272  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |     |       |
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden |  | 800 | 91,20 |

Katalog

Antikörper gegen

4273 Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABS-Test)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels  
Komplementbindungsreaktion (KBR)

250

28,50

Katalog

Antikörper gegen

4275 Campylobacter

4276 Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)

4277 Chlamydia trachomatis

4278 Coxiella burneti

4279 Gonokokken

4280 Leptospiren

4281 Listerien

4282 Mycoplasma pneumoniae

4283 Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)

4284 Yersinien

4285 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die  
untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

350

39,90

Katalog

Antikörper gegen

4286 Borrelia burgdorferi

4287 Campylobacter

4288 Coxiella burneti

4289 Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)

4290 Mycoplasma pneumoniae

4291 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die  
untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden

Katalog

4293 Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche  
Untersuchungsmethoden

180

20,52

4294 Streptolysin, Hämolysehemmung

230

26,22

4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase,  
ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche  
Untersuchungsmethoden

180

20,52

4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase,  
ADNase B), Farbreaktion und visuell

120

13,68

4297 Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ

120

13,68

**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)

90

10,26

Katalog

Antikörper gegen

4300 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-  
Bunnell-Test)

4301 Röteln-Virus

4302 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem  
Aufwand Die untersuchten Viren sind in der  
Rechnung anzugeben.

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

240

27,36

Katalog

Antikörper gegen

4305 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-  
Bunnell-Test)

4306 Röteln-Virus

4307 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem  
Aufwand Die untersuchten Viren sind in der  
Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder  
ähnlicher Untersuchungsmethoden

290

33,06

Katalog

Antikörper gegen

4310 Adenoviren

4311 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)

4312 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)

4313 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)

4314 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus

4315 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted

4316 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)

4317 FSME-Virus

4318 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)

4319 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)

4320 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)

4321 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)

4322 HIV 1

4323 HIV 2

4324 Influenza A-Virus

4325 Influenza B-Virus

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
| 4327  | Masern-Virus   |     |       |
| 4328  | Mumps-Virus  |     |       |
| 4329  | Parainfluenza-Virus 1  |     |       |
| 4330  | Parainfluenza-Virus 2  |     |       |
| 4331  | Parainfluenza-Virus 3  |     |       |
| 4332  | Respiratory syncytial virus  |     |       |
| 4333  | Tollwut-Virus  |     |       |
| 4334  | Varizella-Zoster-Virus   |     |       |
| 4335  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |     |       |
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden |  | 510 | 58,14 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4337  | Adenoviren   |     |       |
| 4338  | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)  |     |       |
| 4339  | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)  |     |       |
| 4340  | Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)  |     |       |
| 4341  | Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus  |     |       |
| 4342  | Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted  |     |       |
| 4343  | Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)  |     |       |
| 4344  | FSME-Virus   |     |       |
| 4345  | Herpes simplex-Virus 1 (IgG)   |     |       |
| 4346  | Herpes simplex-Virus 1 (IgM)   |     |       |
| 4347  | Herpes simplex-Virus 2 (IgG)   |     |       |
| 4348  | Herpes simplex-Virus 2 (IgM)   |     |       |
| 4349  | HIV 1  |     |       |
| 4350  | HIV 2  |     |       |
| 4351  | Influenza A-Virus  |     |       |
| 4352  | Influenza B-Virus  |     |       |
| 4353  | Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus   |     |       |
| 4354  | Masern-Virus   |     |       |
| 4355  | Mumps-Virus  |     |       |
| 4356  | Parainfluenza-Virus 1  |     |       |
| 4357  | Parainfluenza-Virus 2  |     |       |
| 4358  | Parainfluenza-Virus 3  |     |       |
| 4359  | Respiratory syncytial virus  |     |       |
| 4360  | Röteln-Virus   |     |       |
| 4361  | Tollwut-Virus  |     |       |
| 4362  | Varizella-Zoster-Virus   |     |       |

|       |   |     |       |
|-------|---|-----|-------|
| 4363  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.                  |     |       |
|       | Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)  | 250 | 28,50 |
|       | Katalog   |     |       |
|       | Antikörper gegen  |     |       |
| 4365  | Adenoviren  |     |       |
| 4366  | Coronaviren   |     |       |
| 4367  | Influenza A-Virus   |     |       |
| 4368  | Influenza B-Virus   |     |       |
| 4369  | Influenza C-Virus   |     |       |
| 4370  | Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus  |     |       |
| 4371  | Parainfluenza-Virus 1   |     |       |
| 4371a | Parainfluenza-Virus 2   |     |       |
| 4372  | Parainfluenza-Virus 3   |     |       |
| 4373  | Polyomaviren  |     |       |
| 4374  | Reoviren  |     |       |
| 4375  | Respiratory syncytial virus   |     |       |
| 4376  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.                  |     |       |
|       | Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 240 | 27,36 |
|       | Katalog   |     |       |
|       | Antikörper gegen  |     |       |
| 4378  | Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)   |     |       |
| 4379  | FSME-Virus (IgG und IgM)  |     |       |
| 4380  | HBe-Antigen (IgG und IgM)   |     |       |
| 4381  | HBs-Antigen   |     |       |
| 4382  | Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)   |     |       |
| 4383  | Hepatitis A-Virus (IgM)   |     |       |
| 4384  | Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)  |     |       |
| 4385  | Masern-Virus (IgG und IgM)  |     |       |
| 4386  | Mumps-Virus (IgG und IgM)   |     |       |
| 4387  | Röteln-Virus (IgG und IgM)  |     |       |
| 4388  | Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)  |     |       |
| 4389  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.                  |     |       |
|       | Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 300 | 34,20 |
|       | Katalog   |     |       |
|       | Antikörper gegen  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
| 4390  | Cytomegalie-Virus (IgM)  |     |       |
| 4391  | Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)   |     |       |
| 4392  | FSME-Virus (IgM)   |     |       |
| 4393  | HBc-Antigen (IgG und IgM)  |     |       |
| 4394  | Herpes simplex-Virus (IgM)   |     |       |
| 4395  | HIV  |     |       |
| 4396  | Masern-Virus (IgM)   |     |       |
| 4397  | Mumps-Virus (IgM)  |     |       |
| 4398  | Röteln-Virus (IgM)   |     |       |
| 4399  | Varizella-Zoster-Virus (IgM)   |     |       |
| 4400  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |     |       |
| Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   |  | 350 | 39,90 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4402  | HBc-Antigen (IgM)  |     |       |
| 4403  | HBe-Antigen (IgM)  |     |       |
| 4404  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |     |       |
| Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -   |  |     |       |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4405  | Delta-Antigen  | 800 | 91,20 |
| 4406  | Hepatitis C-Virus  | 400 | 45,60 |
| Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden   |  | 800 | 91,20 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4408  | Hepatitis C-Virus, Immunoblot  |     |       |
| 4409  | HIV, Immunoblot  |     |       |
| <b>21. Antikörper gegen Pilzantigene</b>  |  |     |       |
| 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   |  | 290 | 33,06 |
| Katalog   |  |     |       |
|   | Antikörper gegen   |     |       |
| 4415  | Candida albicans   |     |       |

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4416 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
|      | Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden  | 510 | 58,14 |
|      | Katalog  |     |       |
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 4418 | Candida albicans   |     |       |
| 4419 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
|      | Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)   | 90  | 10,26 |
|      | Katalog  |     |       |
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 4421 | Aspergillus  |     |       |
| 4422 | Candida albicans   |     |       |
| 4423 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
|      | Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) | 240 | 27,36 |
|      | Katalog  |     |       |
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 4425 | Aspergillus  |     |       |
| 4426 | Candida albicans   |     |       |
| 4427 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand 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 Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) | 90 | 10,26 |
|      | Katalog  |    |       |
|      | Antikörper gegen   |    |       |
| 4430 | Echinokokken   |    |       |
| 4431 | Schistosomen   |    |       |
| 4432 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand  |    |       |

|   |   |     |       |
|---|---|-----|-------|
|   | Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben.  |     |       |
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels<br>Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B.<br>Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung,<br>Latex-Agglutination) |   | 240 | 27,36 |
| Katalog   |   |     |       |
|   | Antikörper gegen  |     |       |
| 4435  | Echinokokken  |     |       |
| 4436  | Schistosomen  |     |       |
| 4437  | Untersuchungen<br>mit ähnlichem<br>methodischem Aufwand<br>Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben. |     |       |
| Qualitativer Nachweis von Antikörpern<br>mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher<br>Untersuchungsmethoden   |   | 290 | 33,06 |
| Katalog   |   |     |       |
|   | Antikörper gegen  |     |       |
| 4440  | Entamoeba histolytica   |     |       |
| 4441  | Leishmanien   |     |       |
| 4442  | Plasmodien  |     |       |
| 4443  | Pneumocystis carinii  |     |       |
| 4444  | Schistosomen  |     |       |
| 4445  | Toxoplasma gondii   |     |       |
| 4446  | Trypanosoma cruzi   |     |       |
| 4447  | Untersuchungen<br>mit ähnlichem<br>methodischem Aufwand<br>Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben. |     |       |
| Quantitative Bestimmung von Antikörpern<br>mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher<br>Untersuchungsmethoden   |   | 510 | 58,14 |
| Katalog   |   |     |       |
|   | Antikörper gegen  |     |       |
| 4448  | Entamoeba histolytica   |     |       |
| 4449  | Leishmanien   |     |       |
| 4450  | Pneumocystis carinii  |     |       |
| 4451  | Plasmodien  |     |       |
| 4452  | Schistosomen  |     |       |
| 4453  | Toxoplasma gondii   |     |       |
| 4454  | Trypanosoma cruzi   |     |       |



|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4455 | Untersuchungen<br>mit ähnlichem<br>methodischem Aufwand<br>Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben.                      |     |       |
|      | Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels<br>Komplementbindungsreaktion (KBR)  | 250 | 28,50 |
|      | Katalog  |     |       |
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 4456 | Echinokokken   |     |       |
| 4457 | Entamoeba histolytica  |     |       |
| 4458 | Leishmanien  |     |       |
| 4459 | Toxoplasma gondii  |     |       |
| 4460 | Untersuchungen<br>mit ähnlichem<br>methodischem Aufwand<br>Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben.                      |     |       |
|      | Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels<br>Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich<br>Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 230 | 26,22 |
|      | Katalog  |     |       |
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 4461 | Toxoplasma gondii  |     |       |
| 4462 | Untersuchungen<br>mit ähnlichem<br>methodischem Aufwand<br>Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>Rechnung anzugeben.                      |     |       |
|      | Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels<br>Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich<br>Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 350 | 39,90 |
|      | Katalog  |     |       |
|      | Antikörper gegen   |     |       |
| 4465 | Entamoeba histolytica  |     |       |
| 4466 | Leishmanien  |     |       |
| 4467 | Schistosomen   |     |       |
| 4468 | Toxoplasma gondii  |     |       |
| 4469 | Untersuchungen<br>mit ähnlichem<br>methodischem Aufwand<br>Die untersuchten<br>Parameter sind in der<br>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   | 130  | 14,82 |
| Katalog  |  |       |
| 4500   | Betahämolsierende Streptokokken Typ B  |       |
| 4501   | Hämophilus influenzae Kapseltyp b  |       |
| 4502   | Neisseria meningitidis Typen A und B   |       |
| 4503   | Streptococcus pneumoniae   |       |
| 4504   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |       |
| Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich einfacher Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung         | 90   | 10,26 |
| Katalog  |  |       |
| 4506   | Methylenblaufärbung  |       |
| 4508   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |       |
| Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich aufwendiger Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung       | 110  | 12,54 |
| Katalog  |  |       |
| 4510   | Giemsafärbung (Punktate)   |       |
| 4511   | Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)  |       |
| 4512   | Ziehl-Neelsen-Färbung  |       |
| 4513   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |       |
| Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen -, qualitativ, je Untersuchung | 160  | 18,24 |
| Katalog  |  |       |
| 4515   | Auraminfärbung   |       |
| 4516   | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.   |       |
| 4518   | Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum |       |
|  | 250  | 28,50 |

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. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung | 250 | 28,50 |
|---|-----|-------|

Katalog

|      |  |
|------|--|
| 4520 | Beta-hämolisierende Streptokokken der Gruppe B   |
| 4521 | Enteropathogene Escherichia coli-Stämme  |
| 4522 | Legionellen  |
| 4523 | Neisseria meningitidis   |
| 4524 | Neisseria gonorrhoeae  |
| 4525 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben. |

**b. Züchtung/Gewebekultur**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4530 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z.B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium   | 80  | 9,12  |
|      | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.   |     |       |
| 4531 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium  | 100 | 11,40 |
|      | Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.   |     |       |
| 4532 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO <sub>2</sub> -Atmosphäre je Nährmedium  | 100 | 11,40 |
| 4533 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium   | 250 | 28,50 |
|      | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.   |     |       |
| 4538 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektivoder Anreicherungsmedien, aerob (z.B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium | 120 | 13,68 |
|      | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus   |     |       |

|                                       |   |     |       |
|---------------------------------------|---|-----|-------|
|                                       | demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.   |     |       |
| 4539                                  | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzuchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z.B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium | 250 | 28,50 |
|                                       | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.  |     |       |
| 4540                                  | Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial  | 400 | 45,60 |
| 4541                                  | Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz   | 350 | 39,90 |
| 4542                                  | Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung   | 250 | 28,50 |
| 4543                                  | Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung  | 500 | 57,-- |
| <b>c. Identifizierung/Typisierung</b> |   |     |       |
| 4545                                  | Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z.B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim  | 60  | 6,84  |
| 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       | 120 | 13,68 |
| 4547                                  | Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z.B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim   | 120 | 13,68 |
| 4548                                  | Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim  | 160 | 18,24 |
| 4549                                  | Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim   | 240 | 27,36 |
| 4550                                  | Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim  | 330 | 37,62 |
| 4551                                  | Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen   | 300 | 34,20 |
|                                       | Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus  |     |       |

demselben Untersuchungsmaterial ist nicht  
zulässig.

|   |  |       |
|---|--|-------|
| Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien -<br>einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung   | 60   | 6,84  |
| Katalog   |  |       |
| 4553  | Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)   |       |
| 4554  | Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)   |       |
| 4555  | Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)   |       |
| 4556  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem<br>Aufwand Die durchgeführten Färbungen sind in der<br>Rechnung anzugeben.   |       |
| 4560  | Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung<br>von angezüchteten Bakterien - einschließlich<br>Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je<br>Antiserum  | 290   |
|   | Untersuchung zum Nachweis von<br>Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B.<br>Enzym-, Radioimmunoassay) -gegebenenfalls<br>einschließlich Doppelbestimmung und aktueller<br>Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung                    | 250   |
|   |  | 33,06 |
|   |  | 28,50 |
| Katalog   |  |       |
| 4561  | Beta-hämolysierende Streptokokken  |       |
| 4562  | Enteropathogene Escherichia coli-Stämme  |       |
| 4563  | Legionellen  |       |
| 4564  | Neisseria meningitidis   |       |
| 4565  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem<br>Aufwand Die untersuchten Keime sind in der<br>Rechnung anzugeben.   |       |
|   | Untersuchung von angezüchteten Bakterien über<br>Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je<br>Untersuchung  | 410   |
|   |  | 46,74 |
| Katalog   |  |       |
| 4567  | Anaerobier   |       |
| 4568  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem<br>Aufwand Die untersuchten Keime sind in der<br>Rechnung anzugeben.   |       |
| 4570  | Untersuchung von angezüchteten Bakterien<br>über Metabolitprofil (z.B. Fettsäurenprofil)<br>mittels Gaschromatographie - einschließlich<br>aufwendiger Probenvorbereitung (z.B. Extraktion)<br>und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung | 570   |
|   |  | 64,98 |
| 4571  | Untersuchung von angezüchteten Bakterien<br>mittels chromatographischer Analyse struktureller<br>Komponenten, je Untersuchung  | 570   |
|   |  | 64,98 |
| Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis<br>zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum | 120  | 13,68 |
| Katalog   |  |       |
| 4572  | Beta-hämolysierende Streptokokken  |       |
| 4573  | Escherichia coli   |       |

|                         |  |     |       |
|-------------------------|--|-----|-------|
| 4574                    | Salmonellen  |     |       |
| 4575                    | Shigellen  |     |       |
| 4576                    | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
|                         | Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung  | 250 | 28,50 |
|                         | Katalog  |     |       |
| 4578                    | Brucellen  |     |       |
| 4579                    | Pseudomonaden  |     |       |
| 4580                    | Staphylokokken   |     |       |
| 4581                    | Salmonellen  |     |       |
| 4582                    | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| 4584                    | Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung | 250 | 28,50 |
| 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   | 350 | 39,90 |
| <b>d. Toxinnachweis</b> |  |     |       |
|                         | Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung  | 250 | 28,50 |
|                         | Katalog  |     |       |
| 4590                    | Clostridium difficile, tetani oder botulinum   |     |       |
| 4591                    | Enteropathogene Escherichia coli-Stämme  |     |       |
| 4592                    | Staphylococcus aureus  |     |       |
| 4593                    | Vibrionen  |     |       |
| 4594                    | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
|                         | Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung   | 250 | 28,50 |
|                         | Katalog  |     |       |
| 4596                    | Clostridium botulinum  |     |       |
| 4597                    | Corynebacterium diphtheriae  |     |       |
| 4598                    | Staphylokokkentoxin  |     |       |

|                                   |  |     |       |
|-----------------------------------|--|-----|-------|
| 4599                              | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| 4601                              | Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung<br><br>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.<br><br>Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.  | 500 | 57,-- |
| <b>e. Keimzahl, Hemmstoffe</b>    |  |     |       |
| 4605                              | Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z.B. Cult-dip Plus (R), Dip-Slide (R), Uricount (R), Uricult (R), A* Uriline (R), A* Urotube (R)), semiquantitativ, je Urinuntersuchung   | 60  | 6,84  |
| 4606                              | Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial   | 250 | 28,50 |
| 4607                              | Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material   | 60  | 6,84  |
| <b>f. Empfindlichkeitstestung</b> |  |     |       |
| 4610                              | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz<br><br>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen. | 20  | 2,28  |
| 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  | 30  | 3,42  |
| 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   | 50  | 5,70  |
| 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  | 75  | 8,55  |

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 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 | 250 | 28,50 |
|------|--|-----|-------|

## 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 | 60 | 6,84 |
|--|--|----|------|

Katalog

4630 Rota-Viren

4631 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

|  |   |    |      |
|--|---|----|------|
|  | Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung | 80 | 9,12 |
|--|---|----|------|

Katalog

4633 Herpes simplex Viren

4634 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4636 | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum | 290 | 33,06 |
|------|---|-----|-------|

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 4637 | Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung | 3180 | 362,52 |
|------|--|------|--------|

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
|  | Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung | 250 | 28,50 |
|--|---|-----|-------|

Katalog

4640 Adeno-Viren

4641 Hepatitis A-Viren

4642 Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)

4643 Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)

4644 Influenza-Viren

4645 Parainfluenza-Viren

4646 Rota-Viren

4647 Respiratory syncytial virus

4648 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

### b. Züchtung



|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4655 | Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzuchtung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz | 450 | 51,30 |
|------|---|-----|-------|

### c. Identifizierung, Charakterisierung

#### Allgemeine Bestimmungen

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

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 4665 | Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z.B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz  | 250  | 28,50  |
| 4666 | Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz   | 250  | 28,50  |
| 4667 | Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung  | 250  | 28,50  |
| 4668 | Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung   | 330  | 37,62  |
| 4670 | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum   | 290  | 33,06  |
| 4671 | Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzuchtung, je Untersuchung   | 3180 | 362,52 |
|      | Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung | 250  | 28,50  |

#### Katalog

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

### 3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

#### a. Untersuchungen im Nativmaterial

|   |     |       |
|---|-----|-------|
| Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum | 120 | 13,68 |
|---|-----|-------|

#### Katalog

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 4705 | Aspergillus             |
| 4706 | Candida                 |
| 4707 | Kryptokokkus neoformans |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
| 4708  | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| 4710  | Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material  | 80  | 9,12  |
| 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 | 120 | 13,68 |
| 4712  | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum   | 290 | 33,06 |
| 4713  | Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung  | 250 | 28,50 |
| <b>b. Züchtung</b>                          |  |     |       |
| 4715  | Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z.B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium   | 100 | 11,40 |
|   | Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.   |     |       |
| 4716  | Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z.B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium   | 120 | 13,68 |
|   | Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.   |     |       |
| 4717  | Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z.B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium  | 120 | 13,68 |
|   | Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.  |     |       |
| <b>c. Identifizierung/Charakterisierung</b> |  |     |       |
| 4720  | Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz  | 120 | 13,68 |
| 4721  | Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz   | 250 | 28,50 |
| 4722  | Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung   | 120 | 13,68 |

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4723 | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum   | 290 | 33,06 |
| 4724 | Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung | 250 | 28,50 |

#### **d. Empfindlichkeitstestung**

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4727 | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz        | 120 | 13,68 |
| 4728 | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest | 250 | 28,50 |

#### **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 | 120 | 13,68 |
|---|-----|-------|

Katalog

|      |  |
|------|--|
| 4740 | Amöben   |
| 4741 | Lamblien   |
| 4742 | Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)   |
| 4743 | Trichomonaden  |
| 4744 | Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier  |
| 4745 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben. |

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) - gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast) -, nach einfacher Anreicherung (z.B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung | 160 | 18,24 |
|--|-----|-------|

Katalog

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

|   |     |       |
|---|-----|-------|
| Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten - einschließlich aufwendigerer Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung | 250 | 28,50 |
|---|-----|-------|

Katalog

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4753 | Giemsafärbung (Blutausstrich) (z.B. Malaria Plasmodien)  |     |       |
| 4754 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.   |     |       |
| 4756 | Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung  | 200 | 22,80 |
| 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 | 250 | 28,50 |
| 4758 | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum  | 290 | 33,06 |
| 4759 | Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung  | 250 | 28,50 |

**b. Züchtung**

|  |  |     |       |
|--|--|-----|-------|
|  | Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung | 250 | 28,50 |
|--|--|-----|-------|

Katalog

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 4760 | Amöben   |  |  |
| 4761 | Lamblien   |  |  |
| 4762 | Trichomonaden  |  |  |
| 4763 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben. |  |  |

**c. Identifizierung**

|  |   |     |       |
|--|---|-----|-------|
|  | Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung | 120 | 13,68 |
|--|---|-----|-------|

Katalog

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 4765 | Trichomonaden  |  |  |
| 4766 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben. |  |  |

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4768 | Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung | 250 | 28,50 |
|------|---|-----|-------|

#### **d. Xenodiagnostische Untersuchungen**

|   |     |       |
|---|-----|-------|
| Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung | 250 | 28,50 |
|---|-----|-------|

Katalog

|      |                   |
|------|-------------------|
| 4770 | Trypanosoma cruzi |
|------|-------------------|

|      |  |
|------|--|
| 4771 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben. |
|------|--|

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

Allgemeine Bestimmung

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

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 4780 | Isolierung von Nukleinsäuren  | 900  | 102,60 |
| 4781 | Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym  | 150  | 17,10  |
| 4782 | Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase   | 500  | 57,--  |
| 4783 | Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)  | 500  | 57,--  |
| 4784 | Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)  | 1000 | 114,-- |
| 4785 | Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde | 300  | 34,20  |
| 4786 | Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)       | 600  | 68,40  |
| 4787 | Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung  | 2000 | 228,-- |

#### **N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik**

##### **I. Histologie**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4800 | Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials  | 217 | 24,74 |
| 4801 | Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut | 289 | 32,95 |

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4802 | Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z.B. Knochen mit Entkalkung)  | 289 | 32,95 |
| 4810 | Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik  | 289 | 32,95 |
| 4811 | Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z.B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie   | 289 | 32,95 |
| 4815 | Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z.B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie) | 350 | 39,90 |
| 4816 | Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)   | 250 | 28,50 |

## II. Zytologie

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 4850 | Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material -<br><br>Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.  | 87  | 9,92  |
| 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 -<br><br>Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig. | 130 | 14,82 |
| 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   | 174 | 19,84 |
| 4860 | Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate   | 160 | 18,24 |

## III. Zytogenetik

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 4870 | Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - . | 273 | 31,12 |
| 4871 | Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - . | 289 | 32,95 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 4872 | Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung -gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - .  | 1950 | 222,30 |
| 4873 | Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung - gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme - | 3030 | 345,42 |

## **O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie**

### **I. Strahlendiagnostik**

#### 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.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
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.

### **1. Skelett**

#### Allgemeine Bestimmung

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

#### Zähne

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 5000 | Zähne, je Projektion  | 50  | 5,70  |
|      | Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden. |     |       |
| 5002 | Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers   | 250 | 28,50 |
| 5004 | Panoramaschichtaufnahme der Kiefer  | 400 | 45,60 |

#### Finger oder Zehen

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 5010 | jeweils in zwei Ebenen   | 180 | 20,52 |
| 5011 | ergänzende Ebene(n)  | 60  | 6,84  |
|      | Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt. so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden. |     |       |

|   |  |     |        |
|---|--|-----|--------|
| Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk,<br>Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe  |  |     |        |
| 5020  | jeweils in zwei Ebenen   | 220 | 25,08  |
| 5021  | ergänzende Ebene(n)  | 80  | 9,12   |
| Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung<br>genannten Skeletteile mittels einer<br>Röntgenaufnahme erfaßt. so dürfen die Leistungen<br>nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal<br>und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet<br>werden. |  |     |        |
| Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel,<br>Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter,<br>Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk  |  |     |        |
| 5030  | jeweils in zwei Ebenen   | 360 | 41,04  |
| 5031  | ergänzende Ebene(n)  | 100 | 11,40  |
| Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung<br>genannten Skeletteile mittels einer<br>Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen<br>nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal<br>und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet<br>werden. |  |     |        |
| 5035  | Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil   | 160 | 18,24  |
| Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil<br>und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.<br>Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung<br>anzugeben.   |  |     |        |
| Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den<br>Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und<br>5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.   |  |     |        |
| 5037  | Bestimmung des Skeletalters - gegebenenfalls<br>einschließlich Berechnung der prospektiven<br>Endgröße, einschließlich der zugehörigen<br>Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung<br>-                       | 300 | 34,20  |
| 5040  | Beckenübersicht  | 300 | 34,20  |
| 5041  | Beckenübersicht bei einem Kind bis zum<br>vollendeten 14. Lebensjahr   | 200 | 22,80  |
| 5050  | Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks,<br>Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich<br>Punktion, Stichkanalanästhesie und<br>Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls<br>einschließlich Durchleuchtung(en) - | 950 | 108,30 |
| 5060  | Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks,<br>einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie<br>und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls<br>einschließlich Durchleuchtung(en) -                                    | 500 | 57,--  |
| 5070  | Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke,<br>einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie<br>und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls<br>einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk                         | 400 | 45,60  |
| 5090  | Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen  | 400 | 45,60  |
| 5095  | Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil   | 200 | 22,80  |



|                                       |   |     |       |
|---------------------------------------|---|-----|-------|
| 5098                                  | Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -   | 260 | 29,64 |
| 5100                                  | Halswirbelsäule, in zwei Ebenen   | 300 | 34,20 |
| 5101                                  | ergänzende Ebene(n)   | 160 | 18,24 |
| 5105                                  | Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil  | 400 | 45,60 |
| 5106                                  | ergänzende Ebene(n)   | 180 | 20,52 |
| 5110                                  | Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität  | 500 | 57,-- |
| 5111                                  | ergänzende Ebene(n)   | 200 | 22,80 |
|                                       | Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.   |     |       |
|                                       | Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.  |     |       |
|                                       | Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.   |     |       |
| 5115                                  | Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil | 400 | 45,60 |
| 5120                                  | Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene   | 260 | 29,64 |
| 5121                                  | ergänzende Ebene(n)   | 140 | 15,96 |
| <b>2. Hals- und Brustorgane</b>       |   |     |       |
| 5130                                  | Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen -   | 280 | 31,92 |
| 5135                                  | Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene   | 280 | 31,92 |
|                                       | Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.   |     |       |
| 5137                                  | Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen  | 450 | 51,30 |
| 5139                                  | Teil der Brustorgane  | 180 | 20,52 |
|                                       | Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.   |     |       |
| 5140                                  | Brustorgane, Übersicht im Mittelformat  | 100 | 11,40 |
| <b>3. Bauch- und Verdauungsorgane</b> |   |     |       |
| 5150                                  | Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) -einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung                      | 550 | 62,70 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5157 | Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokonstrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -  | 700  | 79,80  |
| 5158 | Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung -einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 - | 1200 | 136,80 |
| 5159 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet  | 300  | 34,20  |
| 5163 | Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -  | 1300 | 148,20 |
| 5165 | Monokonstrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -  | 700  | 79,80  |
| 5166 | Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -  | 1400 | 159,60 |
| 5167 | Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en) -   | 1000 | 114,-- |
| 5168 | Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung   | 800  | 91,20  |
| 5169 | Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -  | 1100 | 125,40 |
| 5170 | Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen   | 400  | 45,60  |
| 5190 | Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion<br>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.   | 300  | 34,20  |
| 5191 | Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen  | 500  | 57,--  |
| 5192 | Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -  | 200  | 22,80  |
| 5200 | Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -   | 600  | 68,40  |
| 5201 | Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -   | 200  | 22,80  |
| 5220 | Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite  | 300  | 34,20  |

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 5230 | Harnröhren- und/oder<br>Harnblasenkontrastuntersuchung<br>(Urethrozystographie) - einschließlich retrograder<br>Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls<br>einschließlich Durchleuchtung(en) -, als<br>selbständige Leistung | 300 | 34,20 |
| 5235 | Refluxzystographie - einschließlich retrograder<br>Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich<br>Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls<br>einschließlich Durchleuchtung(en) -, als<br>selbständige Leistung                      | 500 | 57,-- |
| 5250 | Gebärmutter- und/oder<br>Eileiterkontrastuntersuchung -einschließlich<br>Durchleuchtung(en) -  | 400 | 45,60 |

#### 4. Spezialuntersuchungen

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 5260 | Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder<br>krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme,<br>Hohlräume oder Fisteln (z.B. Sialographie,<br>Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) -<br>gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - | 400 | 45,60 |
|      | Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht<br>berechnungsfähig für Untersuchungen des<br>Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der<br>Gallenblase.  |     |       |
| 5265 | Mammographie einer Seite, in einer Ebene  | 300 | 34,20 |
|      | Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und<br>Sitzung nur einmal berechnungsfähig.  |     |       |
| 5266 | Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen  | 450 | 51,30 |
| 5267 | Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im<br>Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266  | 150 | 17,10 |
| 5280 | Myelographie  | 750 | 85,50 |
| 5285 | Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en)<br>-   | 450 | 51,30 |
| 5290 | Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf<br>Strahleneinrichtungen oder Projektionen, je<br>Strahlenrichtung oder Projektion  | 650 | 74,10 |
| 5295 | Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung   | 240 | 27,36 |
| 5298 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern<br>5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler<br>Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)  |     |       |
|      | Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H.<br>des einfachen Gebührensatzes der betreffenden<br>Leistung.   |     |       |

#### 5. Angiographie

##### Allgemeine Bestimmungen

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

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

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5300 | Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust-<br>und/oder Bauchraum, eine Serie | 2000 | 228,-- |
|------|---|------|--------|

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5301 | Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie<br><br>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.   | 400  | 45,60  |
| 5302 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt   | 600  | 68,40  |
| 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   | 1000 | 114,-- |
| 5304 | Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie<br><br>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.   | 200  | 22,80  |
| 5305 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt   | 300  | 34,20  |
| 5306 | Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie   | 2000 | 228,-- |
| 5307 | Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306  | 600  | 68,40  |
| 5308 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt<br><br>Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.<br><br>Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. | 800  | 91,20  |
| 5309 | Serienangiographie einer Extremität, eine Serie  | 1800 | 205,20 |
| 5310 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt   | 600  | 68,40  |
| 5311 | Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie  | 1000 | 114,-- |
| 5312 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt   | 600  | 68,40  |
| 5313 | Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung<br><br>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.  | 800  | 91,20  |
| 5315 | Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie  | 2200 | 250,80 |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
|      | Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
| 5316 | Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie<br><br>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.<br><br>Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig. | 3000 | 342,-- |
| 5317 | Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie  | 400  | 45,60  |
| 5318 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt<br><br>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.        | 600  | 68,40  |
| 5324 | Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie<br><br>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.                                      | 2400 | 273,60 |
| 5325 | Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie  | 3000 | 342,-- |
| 5326 | Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie  | 400  | 45,60  |
| 5327 | Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie<br><br>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.           | 1000 | 114,-- |
| 5328 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik<br><br>Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.      | 1200 | 136,80 |
| 5329 | Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums  | 1600 | 182,40 |
| 5330 | Venographie einer Extremität  | 750  | 85,50  |
| 5331 | Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt  | 200  | 22,80  |
| 5335 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung<br><br>Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der                                      | 800  | 91,20  |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
|      | Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.                                |      |        |
| 5338 | Lymphographie, je Extremität  | 1000 | 114,-- |
| 5339 | Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) -, insgesamt | 250  | 28,50  |

## 6. Interventionelle Maßnahmen

### Allgemeine Bestimmung

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

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5345 | <p>Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | 2800 | 319,20 |
| 5346 | <p>Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</p>   | 600  | 68,40  |
| 5348 | <p>Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</p> <p>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</p>  | 3800 | 433,20 |

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.

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5349 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt   | 1000 | 114,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 5351 | Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde -   | 500  | 57,--  |
| 5352 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien   | 1000 | 114,-- |
| 5353 | Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -   | 2000 | 228,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5354 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt   | 200  | 22,80  |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5355 | Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -                      | 2000 | 228,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5356 | Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - | 2500 | 285,-- |
|      | 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.   |      |        |
| 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 | 3500 | 399,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 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                           | 4500 | 513,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 5359 | Embolisation der Vena spermatica - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -   | 2500 | 285,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5360 | Embolisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -   | 2000 | 228,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5361 | Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -  | 2600 | 296,40 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.  |      |        |

## 7. Computertomographie

### Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5369 | Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 | 3000 | 342,-- |
|------|--|------|--------|



|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
|      | Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.   |      |        |
| 5370 | Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs -  | 2000 | 228,-- |
| 5371 | Computergesteuerte Tomographie im Hals-und/oder Thoraxbereich  | 2300 | 262,20 |
| 5372 | Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich   | 2600 | 296,40 |
| 5373 | Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)  | 1900 | 216,60 |
| 5374 | Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen -   | 1900 | 216,60 |
| 5375 | Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge   | 2000 | 228,-- |
|      | Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 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 - | 500  | 57,--  |
| 5377 | Zuschlag für computergesteuerte Analyse -einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion -   | 800  | 91,20  |
|      | Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.   |      |        |
| 5378 | Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen   | 1000 | 114,-- |
|      | Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5380 | Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik  | 300  | 34,20  |

## II. Nuklearmedizin

### Allgemeine Bestimmungen

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

2. Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.
3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper - mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion - sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper - mit Ausnahme der intraartikulären, intralymphatischen, endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden - ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
7. Rechnungsbestimmungen
  - a) Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.
  - b) Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

## 1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

### a. Schilddrüse

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5400 | Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) -<br>gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper<br>Anteile -  | 350  | 39,90  |
| 5401 | Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse)<br>- einschließlich quantitativer Untersuchung -,<br>mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls<br>auch der regionalen Radionuklidaufnahme<br>in der Schilddrüse mit Gammakamera und<br>Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-<br>Äquivalent - einschließlich individueller Kalibrierung<br>und Qualitätskontrollen (z.B. Bestimmung der<br>injizierten Aktivität) - | 1300 | 148,20 |
| 5402 | Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden<br>(Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich<br>Blutaktivitätsbestimmungen und/oder<br>szintigraphischer Untersuchung(en) -  | 1000 | 114,-- |
|      | Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402<br>sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.   |      |        |
| 5403 | Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie<br>mit (hoch)131J mit mindestens drei zeitlichen<br>Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden<br>nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich<br>Blutaktivitätsbestimmungen -  | 1200 | 136,80 |
|      | Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403<br>sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.   |      |        |

## b. Gehirn

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5410 | Szintigraphische Untersuchung des Gehirns   | 1200 | 136,80 |
| 5411 | Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums   | 900  | 102,60 |
|      | Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes. |      |        |

## c. Lunge

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5415 | Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt    | 1300 | 148,20 |
| 5416 | Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube | 1300 | 148,20 |

## d. Herz

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5420 | Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -  | 1200 | 136,80 |
| 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 - | 3800 | 433,20 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.   |      |        |
| 5422 | Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -   | 1000 | 114,-- |
|      | Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.  |      |        |
| 5423 | Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung -   | 2000 | 228,-- |
| 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 -  | 2800 | 319,20 |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.   |      |        |

## e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5425 | Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten -    | 2250 | 256,50 |
| 5426 | Teilkörperskelettszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -  | 1260 | 143,64 |
| 5427 | Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenzintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen -   | 400  | 45,60  |
| 5428 | Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen -einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten - | 2250 | 256,50 |

#### **f. Tumorszintigraphie**

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5430 | eine Region                              | 1200 | 136,80 |
| 5431 | Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) | 2250 | 256,50 |

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**

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5440 | Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards - | 2800 | 319,20 |
|------|--|------|--------|

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5441 | Perfusionsszintigraphie der Nieren -einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung - | 1600 | 182,40 |
|------|--|------|--------|

|      |                              |     |       |
|------|------------------------------|-----|-------|
| 5442 | Statische Nierenzintigraphie | 600 | 68,40 |
|------|------------------------------|-----|-------|

Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

|      |   |     |       |
|------|---|-----|-------|
| 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) - | 700 | 79,80 |
|------|---|-----|-------|

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5444 | Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen - | 1000 | 114,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.  |      |        |

#### **h. Endokrine Organe**

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5450 | Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse -   | 1000 | 114,-- |
|      | 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 berechnungsfähig.  |      |        |

#### **i. Gastrointestinaltrakt**

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5455 | Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z.B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage - gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung -, Gallenwege - gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux -, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels) | 1300 | 148,20 |
| 5456 | Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen   | 1300 | 148,20 |

#### **j. Hämatologie, Angiologie**

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5460 | Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten -gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -                       | 900  | 102,60 |
|      | Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.  |      |        |
| 5461 | Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - | 2200 | 250,80 |
| 5462 | Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -  | 2200 | 250,80 |
| 5463 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts  | 500  | 57,--  |
|      | Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern                        |      |        |
| 5465 | eine Region  | 1260 | 143,64 |
| 5466 | Ganzkörper   | 2250 | 256,50 |

(Stamm und Extremitäten) Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehr berechnungsfähig.

Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).

#### **k. Resorptions- und Exkretionsteste**

|      |   |     |        |
|------|---|-----|--------|
| 5470 | Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum - | 950 | 108,30 |
|------|---|-----|--------|

#### **l. Sonstige**

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5472 | Szintigraphische Untersuchungen (z.B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z.B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung - auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle -                            | 950  | 108,30 |
| 5473 | Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurfraction aus Erster-Radionuklid-Passage) - | 900  | 102,60 |
|      | Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.   |      |        |
| 5474 | Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide  | 1350 | 153,90 |

#### **m. Mineralgehalt**

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 5475 | Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonenabsorptionstechnik | 300 | 34,20 |
|------|--|-----|-------|

#### **n. Ergänzungsleistungen**

Allgemeine Bestimmung

Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

|      |  |     |       |
|------|--|-----|-------|
| 5480 | Quantitative Bestimmung von Impulsen/ Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung - mindestens zwei ROI - | 750 | 85,50 |
| 5481 | Sequenzszintigraphie - mindestens sechs Bilder in schneller Folge -  | 680 | 77,52 |
| 5483 | Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung  | 680 | 77,52 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5484 | In-vitro-Markierung von Blutzellen (z.B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten), - einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen - | 1300 | 148,20 |
| 5485 | Messung mit dem Ganzkörperzähler -gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaskpektren -                                      | 980  | 111,72 |

#### **o. Emissions-Computer-Tomographie**

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5486 | Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen   | 1200 | 136,80 |
| 5487 | Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung                      | 2000 | 228,-- |
| 5488 | Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -                                  | 6000 | 684,-- |
| 5489 | Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen - | 7500 | 855,-- |

#### **2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)**

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5600 | Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen   | 2480 | 282,72 |
| 5602 | Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe   | 1350 | 153,90 |
| 5603 | Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika  | 1080 | 123,12 |
| 5604 | Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane  | 2700 | 307,80 |
| 5605 | Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern   | 2250 | 256,50 |
| 5606 | Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts -einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen -<br><br>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig. | 900  | 102,60 |
| 5607 | Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität -<br><br>Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.                   | 1620 | 184,68 |

#### **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.

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 5700 | Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen | 4400 | 501,60 |
| 5705 | Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen  | 4200 | 478,80 |

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5715 | Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax<br>- gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der<br>Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten<br>Länge | 4300 | 490,20 |
| 5720 | Magnetresonanztomographie im Bereich des<br>Abdomens und/oder des Beckens  | 4400 | 501,60 |
| 5721 | Magnetresonanztomographie der Mamma(e)   | 4000 | 456,-- |
| 5729 | Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer<br>Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten  | 2400 | 273,60 |
| 5730 | Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer<br>Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei<br>großen Gelenken einer Extremität                            | 4000 | 456,-- |
|      | Neben der Leistung nach Nummer 5730<br>ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht<br>berechnungsfähig.  |      |        |
| 5731 | Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach<br>den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach<br>Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien<br>als MR-Angiographie)  | 1000 | 114,-- |
| 5732 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern<br>5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder<br>Spulenwechsel  | 1000 | 114,-- |
|      | Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem<br>einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.  |      |        |
| 5733 | Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B.<br>Kinetik, 3D-Rekonstruktion)   | 800  | 91,20  |
|      | Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem<br>einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.  |      |        |
| 5735 | Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700<br>bis 5730  | 6000 | 684,-- |
|      | Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der<br>Rechnung anzugeben.  |      |        |

#### **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 Zielvolumina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfractionen.

##### **1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen**



|   |  |      |        |
|---|--|------|--------|
| 5800  | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie   | 250  | 28,50  |
|   | 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) |  |      |        |
| 5802  | Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion   | 200  | 22,80  |
| 5803  | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion   | 100  | 11,40  |
|   | Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.   |      |        |
|   | Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
| 5805  | Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion   | 1000 | 114,-- |
| 5806  | Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion   | 2000 | 228,-- |

## **2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung**

|      |  |     |        |
|------|--|-----|--------|
| 5810 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie   | 200 | 22,80  |
|      | Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation. |     |        |
| 5812 | Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion   | 190 | 21,66  |
|      | Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.   |     |        |
| 5813 | Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion  | 900 | 102,60 |

## **3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)**

### Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5831 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie   | 1500 | 171,-- |
|      | 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).       |      |        |
| 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 | 500  | 57,--  |
|      | Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.   |      |        |
| 5833 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung und Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie  | 2000 | 228,-- |
|      | Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.   |      |        |
| 5834 | Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion  | 720  | 82,08  |
| 5835 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion  | 120  | 13,68  |
| 5836 | Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion  | 1000 | 114,-- |
| 5837 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion  | 120  | 13,68  |

#### **4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden**

##### Allgemeine Bestimmungen

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

|      |  |      |        |
|------|--|------|--------|
| 5840 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie                | 1500 | 171,-- |
|      | Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und |      |        |

|  |   |      |        |
|--|---|------|--------|
|  | Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).   |      |        |
| 5841   | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsreihe   | 2000 | 228,-- |
|  | Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.  |      |        |
| 5842   | Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion   | 300  | 34,20  |
| 5844   | Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion   | 1000 | 114,-- |
| 5846   | Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion  | 2100 | 239,40 |
| <b>5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken</b> |   |      |        |
| 5851   | Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung -  | 6900 | 786,60 |
|  | Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.   |      |        |
| 5852   | Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion   | 1000 | 114,-- |
| 5853   | Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion  | 2000 | 228,-- |
| 5854   | Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion  | 2490 | 283,86 |
|  | Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.   |      |        |
| 5855   | Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen  | 6900 | 786,60 |
| <b>P. Sektionsleistungen</b>                         |   |      |        |
| 6000   | Vollständige innere Leichenschau - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -  | 1710 | 194,94 |
| 6001   | Vollständige innere Leichenschau, die zusätzliche besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z.B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) -einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose - | 2300 | 262,20 |
| 6002   | Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort der Exhumierung - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -  | 3200 | 364,80 |
| 6003   | Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt - einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose -  | 739  | 84,25  |

|      |   |      |        |
|------|---|------|--------|
| 6010 | Makroskopische neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche - einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose - | 400  | 45,60  |
| 6015 | Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -, je untersuchtes Organ  | 242  | 27,59  |
| 6016 | Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau - einschließlich Beurteilung des Befundes -, je Knochen  | 300  | 34,20  |
| 6017 | Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau -einschließlich Beurteilung des Befundes -   | 1045 | 119,13 |
| 6018 | Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau -einschließlich des Befundes -   | 300  | 34,20  |