

Gebührenordnung für Ärzte

UV-GOÄ 2026

mit Krankenhauskosten-Nebentarif

Stand: 01.07.2026

Änderungen zum 01.07.2026

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

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

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

1 bis 193

1 bis 19

34 bis 36

45 bis 63

71 bis 71

100 bis 109

110 bis 193

200 bis 449

200 bis 247

250 bis 298

300 bis 321

340 bis 374

375 bis 399

401 bis 424

427 bis 433

440 bis 449

451 bis 498

500 bis 577

500 bis 501

505 bis 518

520 bis 529

530 bis 533

535 bis 539

548 bis 558

560 bis 577

600 bis 796

800 bis 887

1001 bis 1168

1200 bis 1386

1400 bis 1639

1700 bis 1860

2000 bis 3444

2000 bis 2020

2029 bis 2093

2100 bis 2184

2203 bis 2241

2250 bis 2297

2320 bis 2358

2380 bis 2454

2500 bis 2604

2620 bis 2732

2750 bis 2760

2800 bis 2921

2950 bis 3013

3050 bis 3097

3120 bis 3241

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

V. Todesfeststellung

VI. Besondere Bedingungen

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

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

III. Punktionen

IV. Kontrastmitteleinbringungen

V. Impfungen und Testungen

VI. Sonographische Leistungen

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

D. Anästhesieleistungen

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

I. Inhalationen

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

III. Massagen

IV. Hydrotherapie und Packungen

V. Wärmebehandlung

VI. Elektrotherapie

VII. Lichttherapie

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

I. Augenheilkunde

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

K. Urologie

L. Chirurgie, Orthopädie

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

II. Extremitätenchirurgie

III. Gelenkchirurgie

IV. Gelenkluxationen

V. Knochenchirurgie

VI. Frakturbehandlung

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

VIII. Neurochirurgie

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

X. Halsschirurgie

XI. Gefäßchirurgie

XII. Thoraxchirurgie

XIII. Herzchirurgie

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---------------|---|
| 3280 bis 3288 | XV. Hernienchirurgie |
| 3301 bis 3321 | XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen |
| 3400 bis 3444 | XVII. Arthroskopie |
| 3500 bis 4787 | M. Laboratoriumsuntersuchungen |
| 3500 bis 3532 | I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis |
| 3541 bis 3621 | II. Basislabor |
| 3630 bis 4469 | III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen |
| 4500 bis 4787 | IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern |
| 4800 bis 4873 | N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik |
| 4800 bis 4816 | I. Histologie |
| 4850 bis 4860 | II. Zytologie |
| 4870 bis 4873 | III. Zytogenetik |
| 5000 bis 5855 | O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie |
| 5000 bis 5383 | I. Strahlendiagnostik |
| 5400 bis 5607 | II. Nuklearmedizin |
| 5700 bis 5735 | III. Magnetresonanztomographie |
| 5800 bis 5855 | IV. Strahlentherapie |
| 6000 bis 6004 | P. Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte |
| 9101 bis 9900 | S. Krankenhaussachleistungen, Obduktionen |
| 9101 bis 9672 | I. Bäder, Massagen, Krankengymnastik und andere Heilbehandlungen |
| 9700 bis 9797 | II. Arzneimittel, Sera, Blutersatzmittel, Blutkonserven, Blutspenden, Blutplasmen, therapeutische Hilfsmittel |
| 9800 bis 9900 | III. Sonstige Leistungen, Obduktionen |

Hinweise zu der Abrechnung von Materialien

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

In der Folge werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und Regelungen erläutert.

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Abrechnung der ärztlichen Leistungen

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

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von drei Monaten an demselben Patienten zu Lasten desselben gesetzlichen UV-Trägers vorgenommen worden ist. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn innerhalb der 3 Monate ambulante Behandlung durch den Belegarzt erfolgt.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 2, 5, 11 und 12 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1 bis 3, 11 und 12 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen zu begründen.
3. Besuchsgebühren, Wegegeld, Kilometerpauschalen und Reiseentschädigungen sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus sowie neben den Nrn. 45 - 52 53 nicht berechnungsfähig.
4. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
5. Die Abrechnung selbständiger ärztlicher Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können nicht durch analoge Leistungen ersetzt werden. Eine Regelung entsprechend des § 6 Abs. 2 GOÄ (GOÄ i.d.F. v. 9.02.1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 3b G v. 19.07.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197).) durch Heranziehung einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Position ist in der UV-GOÄ nicht gestattet.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4 | Zuschlag zu den Nummern 1 oder 2 für die Entscheidung des Durchgangsarztes, keine Behandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers einzuleiten bzw. diese abzurechnen. Voraussetzung ist, dass die Gründe dokumentiert, Versicherte über die Entscheidung aufgeklärt und - soweit bekannt - weiterbehandelnde Ärzte informiert werden. Die Leistung kann nur von D-Ärzten abgerechnet werden. | 10,00 | 10,00 | | | |
| 5 | Zuschlag für einen erhöhten ärztlichen Aufwand bei erschwerter Kommunikation im Rahmen der Leistungen nach den Nrn. 1 und 2. Dies ist im Bericht zu dokumentieren. <i>Die Leistung kann nur zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden und nicht für Kinder bis zum 6. Geburtstag.</i> | 10,00 | 10,00 | | | |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 10 | <p>Telemedizinische Beratungsleistungen als selbstständige Leistungen durch den D-Arzt, Handchirurgen nach § 37 (3) Vertrag Ärzte/UV-Träger und im Einzelfall nach vorheriger Kostenzusage durch den UV-Träger. Telemedizinische Beratung/Betreuung und/oder Videosprechstunde durch den Arzt mittels visueller Kommunikationsmedien bis zu 10 Minuten.</p> <p>Die Abrechnung telemedizinischer Leistungen ist für den Arzt grundsätzlich nur dann möglich, wenn der Versicherte sich bereits in der Behandlung des Arztes befindet und sichergestellt ist, dass ein vorheriger Arzt-Patienten-Kontakt (Untersuchung nach den Nrn. 1 - 9 UV-GOÄ) erfolgt ist.</p> <p>In diesen Fällen ist die Erbringung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen bis zu zwei Mal im Behandlungsfall möglich. Voraussetzung ist, dass die Beratungsleistung des Arztes in seinem Fachgebiet liegt. Vorrang vor der Erbringung telemedizinischer Leistungen genießt weiterhin der Grundsatz des persönlichen Arzt-/Patienten-Kontaktes. Die telemedizinische Beratung schließt eine rein telefonische Beratung oder eine Beratung via E-Mail, SMS, Chat oder vergleichbare Kommunikationsmittel aus. Sie kann ausschließlich im Rahmen der besonderen Heilbehandlung (Ausnahme Kostenzusage durch UV-Träger) erbracht werden.</p> <p>Am Behandlungstag kann die Leistung nicht mehrfach und nicht neben Untersuchungsleistungen, Besuchen und Visiten abgerechnet werden. Eine Ausnahme besteht dann, wenn sich aus der telemedizinischen Beratung eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/UV-Träger ergibt, die dies erforderlich macht. Neben der Nr. 10/10a kann die Nr. 60a nicht abgerechnet werden.</p> <p>Das Ergebnis der telemedizinischen Beratung (Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellungen und relevanten Informationen) ist zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Verlangen in Kopie vorzulegen. Eine Berichtspflicht besteht nicht. Ergeben sich aus der Beratung Hinweise auf Besonderheiten des Behandlungsverlaufs, ist der UV-Träger unverzüglich mit einem Verlaufsbericht zu informieren.</p> <p>Für die Erbringung telemedizinischer Leistungen mittels visueller Kommunikationsmedien sind die Regelungen der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte durch den behandelnden Arzt entsprechend einzuhalten.</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 10a, 11, 12, 15, 45, 50, 60, 6002</i></p> | | | 9,14 | 3,02 | 3,02 |
| 10 a | <p>Leistung nach Nr. 10, jedoch für die Dauer von mehr als 10 Minuten.</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 10, 11, 12, 15, 45, 50, 60, 6002</i></p> | | | 18,28 | 6,02 | 6,02 |
| 11 | <p>Beratung, auch mittels Fernsprecher, als alleinige Leistung</p> | 3,35 | 4,17 | | 1,74 | 1,74 |
| 12 | <p>Zuschlag zu Nr. 11 für die Leistung zwischen 19-7 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen.</p> | 7,58 | 9,42 | | 1,74 | 1,74 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 15 | Telefonisches oder videobasiertes Gespräch des Arztes mit einem Mitarbeitenden des Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit der Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens Die Leistung kann nur bei besonderer Heilbehandlung und maximal 3x im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Gespräche sind zu dokumentieren. Eine zusätzliche Berichterstattung erfolgt ausschließlich auf Anforderung des UV-Trägers. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 11, 12, 18, 19 und 34</i> | 15,66 | 15,66 | | 1,20 | 1,20 |
| 16 | Aushändigen von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die medizinische Fachkraft als alleinige Leistung | 2,80 | 3,49 | | 1,74 | 1,74 |
| 17 | Mitwirkung des Arztes bei der Erstellung des Reha-Planes i. S. von Nr. 3.2 des Handlungsleitfadens "Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung". Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 35, 6000, 6002</i> | | 135,79 | | | |
| 18 | Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplanes nach Nr. 17 UV-GOÄ. Die Mitwirkung bedarf eines Auftrages durch den UV-Träger. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 34, 35, 6000, 6002</i> | 5,58 | 6,94 | | 3,51 | 3,51 |
| 19 | Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Die Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn alle der vorgenannten Kriterien erfüllt sind. Die Leistung nach Nr. 19 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 6000, 6002</i> | 27,92 | 34,75 | | 1,74 | 1,74 |

II. Leistungen unter besonderen Bedingungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 35 | <p>Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern und /oder Röntgenbildern durch den D-Arzt bei einem Arztwechsel</p> <p>Für eine Beurteilung und Bewertung im Rahmen der Vorstellungspflicht nach § 37 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger und einer Hinzuziehung nach § 12 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Dies gilt auch für Ärzte eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft, bei der Vertretung in einer Praxis, Ärzten eines Medizinischen Versorgungszentrums und/oder Überweisung zur Durchführung einer Operation und wenn der Versicherte bereits vorher in demselben Behandlungsfall bei dem D-Arzt in Behandlung war. Eine Abrechnung neben Gutachterleistungen ist ausgeschlossen.</p> <p>Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 17, 18, 34, 5255, 5256, 5257</i></p> | 13,78 | 13,78 | | 1,74 | 1,74 |
| 36 | <p>Beurteilung und Bewertung von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen durch den D-Arzt</p> <p>Diese Leistung kann nicht zwischen Ärzten eines Krankenhauses (auch Kooperationshäuser), Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums sowie bei der Vertretung in der Praxis abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung kann nur dann abgerechnet werden, wenn der Befund des D-Arzt vom Befund des Radiologen abweicht und es sich um eine Besonderheit nach § 16 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger handelt, über die der Arzt den Unfallversicherungsträger mit einem Verlaufsbericht informieren muss.</p> <p><i>Die Leistung kann von den an dem Heilverfahren beteiligten D-Ärzten und Handchirurgen gem. § 37 Abs. 3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 34, 60, 61, 5255, 5256, 5257</i></p> | 13,78 | 13,78 | | 1,74 | 1,74 |

III. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 45 | <p>Visite(n) im Krankenhaus</p> <p><i>Unabhängig der Anzahl der Visiten kann die Leistung nur einmal täglich abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird. Die Leistung nach Nr. 45 ist auch berechnungsfähig, wenn sie vom Belegarzt erbracht wird. Die Nrn. 1, 2 können nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 48, 50</i></p> | 10,00 | 12,00 | | 3,42 | 3,42 |
| 48 | <p>Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten -</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 11, 12, 50, 51, 52</i></p> | 11,16 | 13,89 | | | |
| 50 | <p>Besuch, einschließlich Beratung und Untersuchung</p> <p><i>Die Leistung nach Nr. 50 darf nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden.</i></p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45</i></p> | 29,80 | 37,08 | | | |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 51 | Zuschlag zu Nr. 50, zwischen 19-7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen | 17,89 | 22,28 | | | |
| 52 | Zuschlag zur Nr. 50 für eine über das Maß hinausgehende Untersuchung wie z. B. ärztliche Versorgung von Schwerverletzten und -erkrankten, Verdacht auf multiple Verletzungen. <i>Die Notwendigkeit der Leistung ist auf der Rechnung zu begründen. Die Leistung ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i> | 11,18 | 13,89 | | | |
| 53 | Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50, einschließlich Beratung und Untersuchung. <i>Die Leistung nach Nr. 53 darf nicht anstelle der Nr. 45 abgerechnet werden. Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 45, 448-449</i> | 23,27 | 28,96 | | | |
| 54 | Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag eines niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahme, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel). <i>Wegegeld ist nicht berechnungsfähig. Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet.</i> | 7,85 | 7,85 | | | |
| 55 | Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme - je angefangene halbe Stunde der Einsatzdauer. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 56, 60, 833</i> | 46,54 | 57,92 | | 14,02 | 14,02 |
| 56 | Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen, je angefangene halbe Stunde - am Tag <i>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden. Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448-449</i> | 8,37 | 10,43 | | | |
| 57 | Zuschlag für die Leistung nach Nr. 56 bei Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 448-449</i> | 8,37 | 10,43 | | | |
| 60 | Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt - am Tag - <i>Die Gebühr ist auch zu zahlen für die konsiliarische Erörterung mit einem am Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger beteiligten Therapeuten (§ 1 Abs. 2 ÄV). Die Leistung nach der Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor, oder in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach der Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nummer der Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe, OP-Besprechung zwischen Operateur und Anästhesist). Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 36, 6002</i> | 11,16 | 13,89 | | 1,74 | 1,74 |
| 61 | Zuschlag zur Leistung nach Nr. 60 (zwischen 19 und 7 Uhr), sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen | 11,00 | 14,00 | | | |
| 62 | Assistenz je angefangene halbe Stunde - die Leistungen sind anzugeben - am Tag <i>Nr. 62 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nummer 62 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden; sie darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i> | 12,10 | 15,05 | | 0,94 | 0,94 |
| 63 | Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 62 zwischen 19 - 7 Uhr, sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen | 11,00 | 14,00 | | | |

IV. Wegegeld und Reiseentschädigungen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

V. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 100 | Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünftigen bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mind. 20 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (vorläufige Leichenschau). Dauert die Leistung nach Nummer 100 weniger als 20 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 10 Minuten (ohne Aufsuchen), sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen. | 126,27 | 126,27 | | | |

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

VI. Besondere Bedingungen

Allgemeine Bestimmungen

- Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten.
- Für Berichte, die auf Verlangen des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung oder aufgrund von Regelungen des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger frei ohne Verwendung eines Vordrucks erstattet werden, bemisst sich die Gebühr entsprechend dem Aufwand, Zweck und Inhalt nach dem Gebührenrahmen der Nummern 110 bis 119.
- Portoauslagen für angeforderte oder gemäß Arztevertrag zu erstattende Berichte/Gutachten sind dem Arzt zu erstatten.
- Schreibgebühren sind in den Leistungen der Nrn. 117 - 119 enthalten. Darüber hinaus können Schreibgebühren ausschließlich nach Nr. 166 für Gutachten abgerechnet werden.

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 110 | Vordruck F 1100 Auskunft Behandlung | 13,47 | 13,47 | | | |
| 114 | nicht besetzt | | | | | |
| 115 | Vordruck F 2100 Verlaufsbericht | 13,47 | 13,47 | | | |
| 116 | Vordruck F 3110 Belastungserprobung einschließlich Anlage F 3112 Arbeitsplatzbeschreibung | 21,75 | 21,75 | | | |
| 117 | Vordruck F 1110 Auskunft Klärung Arbeitsunfall, einschließlich Schreibgebühren <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i> | 23,77 | 23,77 | | | |
| 118 | Ausführlicher Befundbericht auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers, einschließlich Schreibgebühren <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i> | 42,42 | 42,42 | | | |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 119 | Vordruck F 2160 BGSW - Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht, einschließlich Schreibgebühren Die Nr. 119 dient als Gesamtgebühr für F 2152 (BGSW-Aufnahmebericht), F 2156 (BGSW- Kurzbericht) und F 2160 (BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht). Die Gebühr wird fällig mit der Erstattung des ausführlichen Entlassungsberichtes. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i> | 26,72 | 26,72 | | | |
| 124 | nicht besetzt | | | | | |
| 125 | Vordruck F1050 Ärztliche Unfallmeldung | 10,11 | 10,11 | | | |
| 126 | Vordruck F 1030 Augenarztbericht | 16,71 | 16,71 | | | |
| 127 | Vordruck F 1040 Hals-Nasen-Ohrenarztbericht | 16,71 | 16,71 | | | |
| 128 | Vollständige Dokumentation des Erlanger Atopie-Score nach vorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger | 21,75 | 21,75 | | | |
| 130 | Vordruck F 6050 Hautarztbericht - Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention. Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten. <i>Portoauslagen und Tests (§ 43 Vertrag Ärzte/ UV-Träger) werden gesondert vergütet.</i> | 67,42 | 67,42 | | | |
| 131 | Vordruck F 6052 Hautarztbericht - Behandlungsverlauf Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten. | 36,40 | 36,40 | | | |
| 132 | Arztvordruck F 1000 Durchgangsarztbericht | 22,86 | 22,86 | | | |
| 134 | Erstellung eines Messblatts auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers außerhalb einer Begutachtung mit Vordruck F 4220, F 4222, F 4224 und F 6222. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 166</i> | 20,88 | 20,88 | | | |
| 135 | Vordruck F 6120 - Bericht Hautkrebs BK 5103 | 34,28 | 34,28 | | | |
| 135 a | Vordruck F 6122 - Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103 Mit der Gebühr ist (sind) die Untersuchungsleistung(en) abgegolten. | 57,13 | 57,13 | | | |
| 136 | Vordruck F 1002 Ergänzungsbericht Kopfverletzung | 23,16 | 23,16 | | | |
| 137 | Vordruck F 1004 Ergänzungsbericht Knie | 28,57 | 28,57 | | | |
| 138 | Vordruck F 1006 Ergänzungsbericht Schulter | 28,57 | 28,57 | | | |
| 139 | Vordruck F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen | 11,82 | 11,82 | | | |
| 140 | Vordruck F 1010 Handchirurgischer Erstbericht | 20,35 | 20,35 | | | |
| 141 | Vordruck F 6000 Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit (§ 44 Vertrag Ärzte/UV-Träger) | 20,53 | 20,53 | | | |
| 142 | Vordruck F 6120 Bericht Wirbelsäule BK 2108, 2109, 2110 | 21,75 | 21,75 | | | |
| 142 a | Vordruck F 6120 Bericht Carpaltunnel-Syndrom BK Nr. 2113 | 21,75 | 21,75 | | | |

VI. a Bescheinigungen, Verordnungen

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 143 | Bescheinigung zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit (§ 47 Vertrag Ärzte/UV-Träger) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 a | Bescheinigung zum Bezug des Kinderverletztengeldes bzw. zum Nachweis der unfallbedingten Erkrankung des Kindes | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 b | Bescheinigungen für Kleider- und Wäskemehrverschleiß | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 c | Bestätigungen für Fahrkostenabrechnungen | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 d | Verordnung für Krankentransport | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 e | Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 19 Vertrag Ärzte/UV-Träger) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 f | Verordnung von Krankengymnastik/Physiotherapie (F 2400) und Ergotherapie (F 2402) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 g | Verordnung von Rehasport und Funktionstraining (F 2406) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 h | Verordnung von KSR (F 2170), BGSW (F 2150), EAP (F 2410), ABMR (F 2162) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 i | Verordnung von Hilfsmitteln (einschließlich orthopädischer Schuhe und Einlagen mit Vordruck F 2404) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 j | F 2902: Hinzuziehung/Überweisung (§ 12 ÄV) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 k | Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 143 l | Verordnung der ITT (Individuelle Tele-Therapie) | 3,69 | 3,69 | | | |
| 144 | nicht besetzt | | | | | |
| 145 | Überweisung ohne Formtext (§§ 26, 39 und 41 Vertrag Ärzte/UV-Träger) | 4,71 | 4,71 | | | |

Formulargutachten

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

Hinweise zu den gesondert berechnungsfähigen Untersuchungen:

Tinnitusbestimmung, Verdeckungskurven (nach Feldmann), Hörfeldskalierung

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

Überschwellige Hörtestverfahren

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

Békésy-Audiometrie

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

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

Stapediusreflexschwellenbestimmung ipsi u. contralateral

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

Hirnstammaudiometrie (BERA)

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

Freie Gutachten

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 160 | Begutachtungsmaterie mit normalem Schwierigkeitsgrad. Abhandlungen in Fachliteratur und Begutachtungs-Standardwerken bzw. von den Fachgesellschaften herausgegebene Begutachtungsempfehlungen sind regelmäßig vorhanden. Es sind keine sich widersprechenden Vorgutachten zum Kausalzusammenhang zu berücksichtigen. | 377,05 | 377,05 | | | |
| 161 | Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad. Es existieren keine konsentierten Begutachtungsempfehlungen bzw. trotz Vorliegens einer solchen setzt die Begutachtung eine anspruchsvolle medizinische Bewertung voraus. Regelmäßig sind deshalb verschiedene medizinische Quellen und diverse Fachliteratur zu sichten bzw. bedarf es einer Literaturrecherche oder entsprechender fundierter Fachkenntnisse oder es ist eine umfassende Auseinandersetzung mit Vorgutachten notwendig. <i>Zu den Höchstsätzen nach Nrn. 160, 161 gilt § 59 des Vertrags Ärzte/UV-Träger</i> | 651,27 | 651,27 | | | |
| 165 | Begutachtungsmaterie mit hohem Schwierigkeitsgrad und sehr hohem zeitlichen Aufwand zu speziellen Kausalzusammenhängen und/oder differentialdiagnostischen Problemstellungen. Es gibt nur wenig gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. die Erkenntnislage ist unübersichtlich oder es liegen divergierende Auffassungen in der Fachliteratur vor. Die Begutachtung bedarf umfangreicher Recherchen und tiefergehender eigener wissenschaftlich fundierter Überlegungen und Begründungen. Zusätzlich ist das Gutachten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Zeitaufwand verbunden, zum Beispiel durch aufwändige Anamnese, Auswertung umfangreicher Voruntersuchungen, weit überdurchschnittlichen Aktenumfang etc. | 959,76 | 959,76 | | | |
| 166 | Schreibgebühren für Gutachten nach den Nummern 146 bis 154, 155 (ausgenommen audiologischer Befundbogen), 160, 161, 165, je Seite <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 110-119, 134</i> | 5,15 | 5,15 | | | |
| 180 | Befüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte mit medizinischen Informationen, inklusive Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten Die Leistung kann im Behandlungsfall nur einmal abgerechnet werden. Hinzugezogene Ärzte können diese Leistung nicht abrechnen. | 5,22 | 5,22 | | | |
| 191 | je verlangte Kopie eines Befundes, eines Berichts, der Praxis- oder Stationsaufzeichnungen, der Karteiauszüge, etc. zuzüglich Porto | 0,24 | 0,24 | | | |
| 192 | Elektronische Übermittlung eines Arztberichts an den UV-Träger | 0,47 | 0,47 | | | |
| 193 | Zusammenstellen und Übersenden von Auszügen aus der Behandlungsdokumentation und/oder bildgebendem Material in analoger oder digitaler Form auf Anforderung des UV-Trägers. Die Richtigkeit ist vom absendenden Arzt zu bescheinigen. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nr. 191</i> | 10,35 | 10,35 | | | |

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten | nied. Ärzte |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| 230 B | bei Verwendung von Kunststoff | 29,60 | 36,84 | 20,60 | 6,94 | 27,54 | 20,60 |
| 230 C | Zirkulärer Unterarmgips einschließlich Hand | 29,60 | 36,84 | 8,30 | 6,94 | 15,24 | 8,30 |
| 230 D | bei Verwendung von Kunststoff | 29,60 | 36,84 | 16,64 | 6,94 | 23,58 | 16,64 |
| 230 E | Zirkulärer Gipsverband Unterschenkel einschließlich Fuß | 29,60 | 36,84 | 15,35 | 6,94 | 22,29 | 15,35 |
| 230 F | bei Verwendung von Kunststoff | 29,60 | 36,84 | 94,18 | 6,94 | 101,12 | 94,18 |
| 230 G | Zirkulärer Gipstutor | 29,60 | 36,84 | 21,97 | 6,94 | 28,91 | 21,97 |
| 230 H | bei Verwendung von Kunststoff | 29,60 | 36,84 | 62,86 | 6,94 | 69,80 | 62,86 |
| 231 A | Zirkulärer Gehgipsverband Unterschenkel mit Fuß | 35,20 | 43,76 | 27,22 | 7,50 | 34,72 | 27,22 |
| 231 B | bei Verwendung von Kunststoff | 35,20 | 43,76 | 122,14 | 7,50 | 129,64 | 122,14 |
| 231 C | Zirkulärer Gehgipsverband für das ganze Bein | 35,20 | 43,76 | 36,37 | 7,50 | 43,87 | 36,37 |
| 231 D | bei Verwendung von Kunststoff | 35,20 | 43,76 | 162,61 | 7,50 | 170,11 | 162,61 |
| 235 A | Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel - | 73,97 | 92,06 | 29,01 | 9,77 | 38,78 | 29,01 |
| 235 B | bei Verwendung von Kunststoff | 73,97 | 92,06 | 111,73 | 9,77 | 121,50 | 111,73 |
| 236 A | Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes | 92,44 | 115,04 | 39,94 | 31,86 | 71,80 | 39,94 |
| 236 B | bei Verwendung von Kunststoff | 92,44 | 115,04 | 133,38 | 31,86 | 165,24 | 133,38 |
| 237 A | Zirkulärer Gipsverband für den ganzen Arm | 37,03 | 46,07 | 5,23 | 7,50 | 12,73 | 8,71 |
| 237 B | bei Verwendung von Kunststoff | 37,03 | 46,07 | 20,98 | 7,50 | 28,48 | 29,10 |
| 237 C | Zirkulärer Gipsverband für das ganze Bein | 37,03 | 46,07 | 24,59 | 7,50 | 32,09 | 24,59 |
| 237 D | bei Verwendung von Kunststoff | 37,03 | 46,07 | 135,17 | 7,50 | 142,67 | 135,17 |
| 237 E | Großer Gipsschienenverband | 37,03 | 46,07 | 11,46 | 7,50 | 18,96 | 11,46 |
| 237 F | bei Verwendung von Kunststoff (Arm) | 37,03 | 46,07 | 26,39 | 7,50 | 33,89 | 26,39 |
| 237 G | bei Verwendung von Kunststoff (Bein) | 37,03 | 46,07 | 41,09 | 7,50 | 48,59 | 41,09 |
| 238 | Gipsschienenverband über wenigstens zwei große Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) bei Wiederanlegung derselben nicht neu hergerichteten Schiene | 29,32 | 36,49 | 5,47 | 7,50 | 12,97 | 5,47 |
| 239 A | Zirkulärer Gipsverband Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel | 73,97 | 92,06 | 63,39 | 9,77 | 73,16 | 63,39 |
| 239 B | bei Verwendung von Kunststoff | 73,97 | 92,06 | 172,91 | 9,77 | 182,68 | 172,91 |
| 240 A | Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf | 92,44 | 115,04 | 95,75 | 31,86 | 127,61 | 95,75 |
| 240 B | bei Verwendung von Kunststoff | 92,44 | 115,04 | 295,26 | 31,86 | 327,12 | 295,26 |
| 245 | Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband | 11,14 | 13,87 | 3,99 | 1,83 | 5,82 | 3,99 |
| | <i>Besondere Kosten: Bei Verwendung von Fertigverbänden sind die Selbstkosten zu berechnen</i> | | | | | | |
| 246 | Abnahme des zirkulären Gipsverbandes | 14,86 | 18,48 | | 2,69 | 2,69 | |
| 247 A | Fensterung, Spaltung, Kürzung oder wesentliche Änderung bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband | 11,14 | 13,87 | 1,89 | 4,10 | 5,99 | 1,89 |
| 247 B | Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband | 11,14 | 13,87 | 11,77 | 4,10 | 15,87 | 11,77 |
| 247 C | bei Verwendung von Kunststoff | 11,14 | 13,87 | 22,84 | 4,10 | 26,94 | 25,40 |

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

Allgemeine Bestimmungen

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 250 | Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene | 3,90 | 4,87 | | 2,43 | 2,43 |
| 250 a | Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr | 3,90 | 4,87 | | 2,43 | 2,43 |
| 251 | Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie | 5,86 | 7,29 | | 3,69 | 3,69 |
| 251 a | Blutentnahme zum Zwecke der Alkoholbestimmung. <i>Befundbericht, Kosten der Koller-Venüle und Versandkosten sind mit der Gebühr abgegolten.</i> | 57,27 | 57,27 | | 3,69 | 3,69 |
| 252 | Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär | 3,90 | 4,87 | | 2,25 | 2,25 |
| 253 | Injektion, intravenös | 6,86 | 8,49 | | 2,43 | 2,43 |
| 254 | Injektion, intraarteriell | 7,81 | 9,73 | | 2,82 | 2,82 |
| 255 | Injektion, intraartikulär oder perineural | 9,28 | 11,54 | | 4,25 | 4,25 |
| 256 | Injektion in den Periduralraum | 18,08 | 22,49 | | 7,50 | 7,50 |
| 257 | Injektion in den Subarachnoidalraum | 39,08 | 48,66 | | 7,37 | 7,37 |
| 258 | Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter - | 17,58 | 21,89 | | 7,23 | 7,23 |
| 259 | Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs - | 58,61 | 72,95 | | 17,84 | 17,84 |
| 260 | Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation - <i>Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i> | 19,53 | 24,32 | | 5,95 | 5,95 |
| 261 | Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter <i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten. Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i> | 2,94 | 3,66 | | 1,41 | 1,41 |
| 262 | Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n) | 43,97 | 54,72 | | 18,41 | 18,41 |
| 263 | Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung | 8,79 | 10,95 | | 4,54 | 4,54 |
| 264 | Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung | 11,72 | 14,58 | | 4,54 | 4,54 |
| 265 | Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung | 5,86 | 7,29 | | 3,54 | 3,54 |
| 265 a | Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung | 8,79 | 10,95 | | 3,97 | 3,97 |
| 266 | Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung | 5,86 | 7,29 | | 3,40 | 3,40 |
| 267 | Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retro-bulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung | 7,81 | 9,73 | | 3,97 | 3,97 |
| 268 | Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung | 12,71 | 15,80 | | 6,94 | 6,94 |
| 269 | Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung | 19,53 | 24,32 | | 6,94 | 6,94 |
| 269 a | Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i> | 34,21 | 42,54 | | 6,94 | 6,94 |
| 270 | Infusion, subkutan | 7,81 | 9,73 | | 4,25 | 4,25 |
| 271 | Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer | 11,72 | 14,58 | | 4,25 | 4,25 |
| 272 | Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer | 17,58 | 21,89 | | 5,38 | 5,38 |
| 273 | Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr <i>Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten. Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i> | 17,58 | 21,89 | | 5,38 | 5,38 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 274 | Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i> | 31,29 | 38,93 | | 13,72 | 13,72 |
| 275 | Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer | 35,20 | 43,76 | | 15,41 | 15,41 |
| 276 | Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer | 52,76 | 65,67 | | 22,65 | 22,65 |
| 277 | Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer | 17,58 | 21,89 | | 6,94 | 6,94 |
| 278 | Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer | 23,47 | 29,20 | | 7,23 | 7,23 |
| 279 | Infusion in das Knochenmark | 17,58 | 21,89 | | 4,81 | 4,81 |
| 280 | Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i> | 32,25 | 40,13 | | 12,88 | 12,88 |
| 281 | Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.</i> | 43,97 | 54,72 | | 24,93 | 24,93 |
| 282 | Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - <i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.</i> | 14,67 | 18,23 | | 8,36 | 8,36 |
| 283 | Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters - | 48,87 | 60,82 | | 20,94 | 20,94 |
| 284 | Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme - | 8,79 | 10,95 | | 3,97 | 3,97 |
| 285 | Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband - | 10,75 | 13,41 | | 4,10 | 4,10 |
| 286 | Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) - | 21,51 | 26,76 | | 8,64 | 8,64 |
| 286 a | Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) - | 9,77 | 12,18 | | 3,97 | 3,97 |
| 287 | Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation) | 78,19 | 97,29 | | 25,47 | 25,47 |
| 288 | Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung - | 22,48 | 27,98 | | 8,64 | 8,64 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 289 | Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonzentration, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 °C oder darunter - | 34,21 | 42,54 | | 13,17 | 13,17 |
| 290 | Infiltration gewebehärtender Mittel | 11,72 | 14,58 | | 5,67 | 5,67 |
| 291 | Implantation von Hormonpreßlingen | 6,86 | 8,49 | | 3,82 | 3,82 |
| 297 | Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | 4,40 | 5,48 | | 2,97 | 2,97 |
| 298 | Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | 3,90 | 4,87 | | 2,54 | 2,54 |

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmung

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

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

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 340 | Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume | 39,08 | 48,66 | | 10,48 | 10,48 |
| 344 | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer | 9,77 | 12,18 | | 3,82 | 3,82 |
| 345 | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer | 12,71 | 15,80 | | 3,82 | 3,82 |
| 346 | Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion | 29,32 | 36,49 | | 12,02 | 12,02 |
| 347 | Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 - | 14,67 | 18,23 | | 8,20 | 8,20 |
| 350 | Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels | 14,67 | 18,23 | | 5,95 | 5,95 |
| 351 | Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader <i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i> | 48,87 | 60,82 | | 9,05 | 9,05 |
| 353 | Einbringung des Kontrastmittels mittels intra-arterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle <i>Die Leistung nach Nummer 353 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechenbar.</i> | 48,87 | 60,82 | | 9,05 | 9,05 |
| 355 | Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung | 58,61 | 72,95 | | 37,82 | 37,82 |
| 355 a | Leistung nach Nummer 355, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360. <i>Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | 49,51 | 49,51 | | 37,82 | 37,82 |
| 356 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung | 39,08 | 48,66 | | 25,19 | 25,19 |
| 356 a | Leistung nach Nummer 356, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360. <i>Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | 33,01 | 33,01 | | 25,19 | 25,19 |
| 357 | Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/ oder Baucharterie - einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung | 48,87 | 60,82 | | 20,39 | 20,39 |
| 357 a | Leistung nach Nummer 357, jedoch im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351. | 41,24 | 41,24 | | 20,39 | 20,39 |
| 360 | Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden. Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 121,61 | | 40,77 | 40,77 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 361 | Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herz-katheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes - im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 - <i>Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i> | 58,61 | 72,95 | | 24,48 | 24,48 |
| 365 | Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität | 39,08 | 48,66 | | 16,44 | 16,44 |
| 368 | Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie | 39,08 | 48,66 | | 16,44 | 16,44 |
| 370 | Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ - | 19,53 | 24,32 | | 8,20 | 8,20 |
| 372 | Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum | 27,37 | 34,05 | | 11,47 | 11,47 |
| 373 | Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk | 24,43 | 30,41 | | 10,21 | 10,21 |
| 374 | Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde | 14,67 | 18,23 | | 6,23 | 6,23 |

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum von 3 Monaten nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376-378 ist die ggf. erforderliche Eintragung in den 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.
6. Für die Anfertigung und Übersendung von Kopien der Hauttestprotokolle wird eine Gebühr nach Nr. 194, zuzüglich Porto, erstattet.

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 375 | Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß - | 4,89 | 6,06 | | 2,43 | 2,43 |
| 376 | Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch - | 7,81 | 9,73 | | 2,43 | 2,43 |
| 377 | Zusatzinjektion bei Parallelimpfung | 4,89 | 6,06 | | 2,43 | 2,43 |
| 378 | Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) | 11,72 | 14,58 | | 5,38 | 5,38 |
| 379 | Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger. Die Dokumentation soll auf dem DGUV Testbogen oder einem vergleichbaren Testbogen erfolgen (s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 4 auf www.dguv.de , webcode p012510). | 2,94 | 3,66 | | | |
| 379 a | Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) | 6,72 | 6,72 | | | |
| 379 b | Vorbereitung der Testsubstanz nach Nummer 379 (mit spezifischer Aufbereitung) | 13,44 | 13,44 | | | |
| 380 | Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) | 3,34 | 4,17 | | 2,26 | 2,26 |
| 381 | Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall) | 2,23 | 2,79 | | 1,45 | 1,45 |
| 382 | Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) | 1,67 | 2,07 | | 1,11 | 1,11 |

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

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

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Stellungskontrolle nach der Reposition zählt nicht dazu.

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 401 | Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung - <i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i> | 33,01 | 33,01 | | 26,05 | 26,05 |
| 402 | Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i> | 24,43 | 30,41 | | 16,28 | 16,28 |
| 403 | Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i> | 14,67 | 18,23 | | 9,77 | 9,77 |
| 404 | Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - einschließlich graphischer oder Bilddokumentation - <i>Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i> | 20,63 | 20,63 | | 16,28 | 16,28 |
| 405 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler - | 16,51 | 16,51 | | 13,03 | 13,03 |
| 406 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung - | 16,51 | 16,51 | | 13,03 | 13,03 |
| 408 | Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung | 19,53 | 24,32 | | 13,03 | 13,03 |
| 410 | Ultraschalluntersuchung eines Organs Für die sonographischen Untersuchungen von Frakturen der in der Nr. 411 UV-GOÄ genannten Knochen/Gelenke kann der dort genannte Zuschlag berechnet werden. <i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i> | 19,53 | 24,32 | | 9,20 | 9,20 |
| 411 | Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Knochen/Gelenke im Sinne der Nr. 411 sind: Oberarm, Unterarm, Oberschenkel, Unterschenkel und angrenzende Gelenke. Der Zuschlag kann zu der Nr. 410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der Nr. 411 und 411a. kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche sonographische Diagnostik der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung. | 41,99 | 41,99 | | 19,81 | 19,81 |
| 411 a | Sonographie bei der Diagnostik von Frakturen bei Kindern und Jugendlichen (bis zum 18. Geburtstag) (Zuschlag zur Nr. 410) - Andere Knochen/Gelenke die nicht in der Nr. 411 genannt sind. Der Zuschlag kann zu der Nr. 410 nur einmal je Sitzung und maximal dreimal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Neben der Nr. 411 und 411a. kann die Nr. 420 nicht abgerechnet werden. Eine im Einzelfall erforderliche sonographische Diagnostik der Gegenseite ist Bestandteil der Leistung. | 11,99 | 11,99 | | 5,67 | 5,67 |
| 412 | Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr | 27,37 | 34,05 | | 12,88 | 12,88 |
| 413 | Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr | 27,37 | 34,05 | | 12,88 | 12,88 |
| 417 | Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse | 20,54 | 25,53 | | 9,77 | 9,77 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 418 | Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten - | 20,54 | 25,53 | | 9,77 | 9,77 |
| 420 | Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ <i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i> | 7,81 | 9,73 | | 3,69 | 3,69 |
| 422 | Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle - | 19,53 | 24,32 | | 11,75 | 11,75 |
| 423 | Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422 - | 48,87 | 60,82 | | 29,31 | 29,31 |
| 424 | Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren) | 68,42 | 85,13 | | 40,92 | 40,92 |

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 427 | Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer | 14,67 | 18,23 | | 3,40 | 3,40 |
| 428 | Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i> | 21,51 | 26,76 | | 4,96 | 4,96 |
| 429 | Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation - | 39,08 | 48,66 | 2,21 | 4,54 | 6,75 |
| 430 | Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens <i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i> | 39,08 | 48,66 | | 21,66 | 21,66 |
| 431 | Elektrokardioskopie im Notfall | 9,77 | 12,18 | | 6,51 | 6,51 |
| 433 | Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums - | 13,66 | 17,02 | | 9,05 | 9,05 |

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

3. Anwendung des Vertrages Ärzte/UV-Träger

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

4. Besonderheiten des Verletzungsartenverfahrens und des Schwerstverletzungsartenverfahrens

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

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

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

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

5. Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operations- und Anästhesieleistungen

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

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

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

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

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

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

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|--|-------------------|
| 440 | Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen <i>Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig</i> | 33,11 |
| 441 | Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Nr. 441 beträgt 100% des Gebührensatzes für die allg. Heilbehandlung der betreffenden Leistungen, jedoch höchstens 79,92 Euro.</i> | |
| 442 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 695, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1140, 1292, 1301, 1321, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1767, 1816, 2005*, 2010*, 2031*, 2060*, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2084, 2100*, 2122, 2158, 2170, 2250, 2256*, 2293, 2295, 2380*, 2381*, 2402*, 2405*, 2430*, 2431, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800*, 2890, 3120, 3220, 3237 <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a bis 445 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i> | 42,99 |
| 442 a | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 2008*, 2009*, 2063* und 2403* <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442a bis 445 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442a ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 und 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i> | 23,35 |
| 443 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1761, 1765, 1802, 2040*, 2041, 2045, 2051*, 2052*, 2073*, 2092, 2101, 2105, 2110, 2118, 2120, 2130, 2156, 2210, 2253, 2254, 2279, 2339, 2347, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397*, 2404*, 2410, 2421, 2580, 2650, 2651, 2656, 2657, 2670, 2730, 2751, 2801, 3400. <i>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i> | 80,62 |
| 444 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1121, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1384, 1485, 1497, 1597, 1612, 1636, 1756, 1815, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2106, 2111, 2134, 2140, 2213, 2273, 2296, 2297, 2349, 2353*, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2583, 2655, 2675, 2881, 3096, 3241, 3283. <i>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a, , 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i> | 139,72 |

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|--|-------------------|
| 445 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1048, 1056, 1126, 1137, 1145, 1159, 1160, 1285, 1346, 1349, 1350, 1351, 1352, 1354, 1361, 1367, 1374, 1375, 1382, 1383, 1447, 1448, 1471, 1595, 1611, 1613, 1614, 1625, 1626, 1637, 1638, 1766, 1768, 1769, 1800, 1827, 1851, 2043, 2044, 2067, 2070, 2082, 2083, 2089, 2112, 2117, 2119, 2121, 2135, 2260, 2263, 2268, 2269, 2281, 2282, 2354, 2356, 2385, 2390, 2394, 2419, 2570, 2584, 2586, 2587, 2588, 2589, 2682, 2687, 2695, 2699, 2701, 2823, 2882, 2883, 2895, 2896, 2897, 3095, 3097, 3284, 3285, 3410, 3420, 3430, 3440. <i>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 442a bis 444 nicht berechnungsfähig.</i> | 236,46 |
| 446 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 469, 473, 476, 477, 478, 497, 498 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. <i>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</i> | 24,85 |
| 447 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen nach den Nummern 460, 462, 470, 481 im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. <i>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</i> | 53,83 |
| 448 | Beobachtung und Betreuung eines Kranken bis zu zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448a, 449</i> | 41,99 |
| 448 a | Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 449</i> | 49,68 |
| 449 | Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2, 56, 57, 448, 448a</i> | 74,53 |

Hinweis:

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

Diese Leistungen sind nachfolgend nochmals zusammengestellt:

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2005 | Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand von in der Regel 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 33,12 | 68,92 | 9,46 | 9,60 | 19,06 |
| 2006 | Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde - | 6,17 | 7,67 | | 3,97 | 3,97 |
| 2007 | Entfernung von Fäden oder Klammern | 3,90 | 4,87 | | 1,83 | 1,83 |
| 2008 | Wund- oder Fistelspaltung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i> | 8,79 | 10,95 | | 5,95 | 5,95 |
| 2009 | Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i> | 9,77 | 12,18 | | 5,67 | 5,67 |

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 451 | Intravenöse Kurznarkose | 11,83 | 14,71 | 4,94 | 4,10 | 9,04 |
| 452 | Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums) | 18,56 | 23,10 | 4,94 | 5,38 | 10,32 |
| 462 | Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder Maske oder Jet einschließlich <ul style="list-style-type: none"> - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle, - kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - kontinuierlicher CO₂-Messung und/oder Multigasmessung, - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens, - ggfs. Kehlkopfanaästhesie, - ggf. Magensonde - bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten <p>Neben der Leistung nach Nr. 462 sind die Leistungen nach Nrn. 470, 602, 614, 617, 650 und 670 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ. Die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614, 617 und 650 sind obligate Leistungsbestandteile der Leistung nach Nr. 462. Diese sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren. <i>Für die besonderen Kosten und Sachkosten gilt: berechnungsfähig bei Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder Maske oder Jet. Bei einer ambulanten OP kann ggf. Zuschlag nach Nr. 447 erfolgen mit Besonderen Kosten: 10,19 Euro und Sachkosten: 42,87 Euro (berechnungsfähig bei Allgemeinanästhesie mit endotrachealer Intubation)</i></p> | 136,74 | 136,74 | 15,35 | 39,21 | 54,56 |
| 463 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für jede weitere angefangene halbe Stunde Anästhesiedauer | 46,23 | 46,23 | 5,57 | 12,84 | 18,41 |
| 464 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 462 für die Kombination mit einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 zur postoperativen Schmerzausschaltung | 26,57 | 26,57 | 2,73 | 5,53 | 8,26 |
| 469 | Kaudalanästhesie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i> | 24,43 | 30,41 | 6,83 | 3,69 | 10,52 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 470 | <p>Regionalanästhesie nach anästhesiologischem Standard (rückenmarknahe Leitungsanästhesie oder Blockade eines Nervengeflechtes auch mittels Katheter (z.B. Plexus brachialis), und/oder des N. Ischiadicus und/oder N. Femoralis und/oder Drei-in-eins-, und/oder Knie- und/oder Fußblock) auch mittels Katheter, einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle - ggf. Lokalanästhesie, - kontinuierlicher nichtinvasiver Blutdruck- und Frequenzmessung, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Elektrokardioskopie, <p>bis zu einer Anästhesiedauer von 60 Minuten. Die Leistung ist nur einmal berechenbar. Neben der Leistung nach Nr. 470 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 im Zusammenhang mit der selben Operation nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil und nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Nervenstimulator sind nicht gesondert berechenbar. Verfahren zur Identifikation von Nerven mittels Ultraschall können nach Nr. 410 berechnet werden. Abrechnungsvoraussetzung ist die nachvollziehbare Dokumentation und Befundung. Diese ist dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen. Neben dieser Leistung ist Nr. 496 nicht berechenbar. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i></p> | 84,44 | 84,44 | 2,73 | 11,74 | 14,47 |
| 471 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für jede weitere angefangene halbe Stunde ggf. einschließlich Nachinjektionen des Lokalanästhetikums bis Ende der Anästhesie | 26,57 | 26,57 | 1,54 | 3,73 | 5,27 |
| 472 | Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 470 für die Kombination von zwei oder mehr der benannten Verfahren. Die Berechnung dieses Zuschlages ist begrenzt auf anästhesiologische Leistungen bei Eingriffen an der unteren Extremität. | 26,57 | 26,57 | 2,73 | 5,53 | 8,26 |
| 473 | <p>Standby und / oder Analgosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme einschließlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Überwachung der Vitalfunktionen, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie, - nicht invasiver Blutdruckmessung <p>bis zu einer Dauer von 30 Minuten Neben der Leistung nach Nr. 473 sind die Leistungen nach Nrn. 602, 614 und 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i></p> | 46,77 | 46,77 | 1,48 | 23,76 | 25,24 |
| 474 | Zuschlag zu den Leistungen nach 473 für jede weitere angefangene Viertelstunde | 23,37 | 23,37 | 0,37 | 4,88 | 5,25 |
| 475 | Überwachung einer kontinuierlichen Regionalanästhesie nach Nr. 470 mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 470 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag. Nur berechenbar im Zusammenhang mit Operationen an der Schulter bei begründeter Indikation. Berechenbar für max. 3 Tage. | 59,80 | 59,80 | 20,07 | 16,75 | 36,82 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 476 | Intravenöse Regionalanästhesie und intravenöse Sympathikusblockade einschließlich - medikamentöser Prämedikation, - erster peripherer Venenverweilkanüle - Anlage einer Doppelstaumanschette, - nicht invasiver kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung, - Elektrokardioskopie, - kontinuierlicher Pulsoxymetrie Die Leistung ist einmal berechenbar, unabhängig von der Dauer der Leistungserbringung. Neben der Leistung nach Nr. 476 sind die Leistungen nach Nrn. 602 oder 614 sowie 650 nicht gesondert berechnungsfähig, auch nicht prä- und postoperativ, sondern obligater Leistungsbestandteil. Diese Leistungen sind nach anästhesiologischem Standard zu dokumentieren und dem UV- Träger im begründeten Einzelfall auf Anforderung nachzuweisen. Diese Leistung ist nicht berechenbar für den Arzt, der gleichzeitig Leistungen aus dem Abschnitt L der UV-GOÄ berechnet. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i> | 84,44 | 84,44 | 4,56 | 11,74 | 16,30 |
| 477 | Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer soweit der Operateur die Anästhesie selbst durchführt | 37,14 | 46,22 | 6,83 | 5,38 | 12,21 |
| 477 a | Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i> | 18,56 | 23,10 | 2,00 | 5,38 | 7,38 |
| 478 | Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i> | 22,48 | 27,98 | 6,83 | 2,69 | 9,52 |
| 479 | Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde | 11,26 | 13,99 | 2,21 | 2,69 | 4,90 |
| 480 | Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose | 21,69 | 27,03 | | 5,10 | 5,10 |
| 481 | Kontrollierte Hypothermie während der Narkose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i> | 46,41 | 57,75 | | 9,77 | 9,77 |
| 483 | Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte- gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig | 4,50 | 5,61 | | 3,13 | 3,13 |
| 484 | Lokalanästhesie des Kehlkopfes | 4,50 | 5,61 | | 3,13 | 3,13 |
| 485 | Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle | 4,50 | 5,61 | | 3,13 | 3,13 |
| 488 | Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase | 4,50 | 5,61 | | 3,13 | 3,13 |
| 489 | Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens - | 14,15 | 17,65 | | 5,67 | 5,67 |
| 490 | Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke | 5,96 | 7,41 | 1,48 | 2,82 | 4,30 |
| 491 | Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie - <i>Niedergelassene Ärzte können hier - abweichend von der üblichen Systematik - 2,59 Euro bei den Besonderen Kosten berechnen.</i> | 11,83 | 14,71 | 2,23 | 5,38 | 7,61 |
| 493 | Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst - <i>Niedergelassene Ärzte können hier - abweichend von der üblichen Systematik - 1,73 Euro bei den Besonderen Kosten berechnen.</i> | 5,96 | 7,41 | 1,15 | 2,69 | 3,84 |
| 494 | Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusnästhesie - | 11,83 | 14,71 | 2,94 | 5,38 | 8,32 |
| 495 | Leitungsanästhesie, retrobulbär | 11,83 | 14,71 | 2,94 | 5,38 | 8,32 |
| 496 | Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock | 37,14 | 46,22 | 6,62 | 5,38 | 12,00 |
| 497 | Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 447</i> | 21,51 | 26,76 | | 4,39 | 4,39 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sach- kosten |
|--------|--|-------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 498 | Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 446</i> | 29,32 | 36,49 | | 3,69 | 3,69 |

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Inhalationen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. |
|--------|---|----------------|---------------|
| 500 | Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - | 3,71 | 4,62 |
| 501 | Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z. B. Bird-Respirator) | 8,41 | 10,47 |

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

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. |
|--------|---|----------------|---------------|
| 505 | Atmungsbehandlung - einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen - | 8,32 | 10,33 |
| 506 | Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) - | 11,72 | 14,58 |
| 507 | Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) - | 7,81 | 9,73 |
| 508 | Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad | 10,75 | 13,41 |
| 509 | Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) - auch im Bewegungsbad -, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer | 3,71 | 4,62 |
| 510 | Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung | 6,86 | 8,49 |

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

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

III. Massagen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. |
|--------|---|----------------|---------------|
| 520 | Teilmassage (Massage einzelner Körperteile) | 4,40 | 5,48 |
| 521 | Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung | 6,37 | 7,91 |
| 523 | Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage) | 6,37 | 7,91 |
| 525 | Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung | 3,42 | 4,26 |
| 526 | Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung | 5,38 | 6,69 |
| 527 | Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar) | 9,19 | 11,43 |
| 528 | Warmpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (Behandlungszeit 20 Minuten) | 13,02 | 16,20 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. |
|--------|--|----------------|---------------|
| 529 | Warmpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung, ein Körperabschnitt (Arm, Bein, Schulter, Nacken) auch Fangokneten (Behandlungszeit 20 Minuten) | 17,45 | 21,72 |

IV. Hydrotherapie und Packungen

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

V. Wärmebehandlung

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

VI. Elektrotherapie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. |
|--------|---|----------------|---------------|
| 548 | Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) | 3,59 | 4,50 |
| 549 | Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung | 5,38 | 6,69 |
| 551 | Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Strom-formen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden - <i>Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nummer 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i> | 4,68 | 5,83 |
| 552 | Iontophorese | 4,29 | 5,36 |
| 552 A | Leitungswasser-Iontophorese | 8,62 | 10,69 |
| 553 | Vierzellenbad | 4,50 | 5,61 |
| 554 | Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad) | 8,89 | 11,08 |
| 555 | Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung | 11,72 | 14,58 |
| 558 | Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung | 11,72 | 14,58 |

VII. Lichttherapie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 560 | Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung <i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.</i> | 3,02 | 3,77 | | | |
| 561 | Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht | 3,02 | 3,77 | | | |
| 562 | Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung <i>Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | 4,50 | 5,61 | | | |
| 563 | Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes | 4,50 | 5,61 | | | |
| 564 | Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung | 8,89 | 11,08 | | | |
| 565 | Photochemotherapie, je Sitzung | | | | | |
| | Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. Creme-PUVA) kann zusätzlich die Nr. 567 abgerechnet werden. | 11,72 | 14,58 | | | |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 566 | Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag | 48,87 | 60,82 | | | |
| 567 | Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung | 8,89 | 11,08 | | | |
| 569 | Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test | 2,94 | 3,66 | | | |
| 570 | <p>Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, Okklusiv-Verband inkl. adäquatem Schmerzmanagement, ggf. Anwendung einer Kaltpackung inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung von bis zu 100 cm² der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche¹, ggf. auch in mehreren Sitzungen. Die PDT-Behandlung des darüberhinausgehenden Teils der Gesamtfläche ist nach Nr. 571 abzurechnen.</p> <p>Die Leistung kann nur mit Zustimmung des UV-Trägers erbracht werden.</p> <p><i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1, 2</i></p> | 120,71 | 120,71 | | 60,36 | 60,36 |
| 571 | Leistung nach Nr. 570 für jeweils weitere angefangene 100 cm ² der vom Behandlungsplan zu Nr. 570 erfassten Gesamtfläche, ggf. auch in weiteren Sitzungen. | 59,99 | 59,99 | | 28,79 | 28,79 |
| 572 | <p>Photodynamische Tageslichttherapie von Hautläsionen, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche*¹, ggf. auch in mehreren Sitzungen. Tageslichttherapien mit Selbstapplikation des Photosensibilisators werden nach UV-GOÄ-Nr. 753 vergütet.</p> | 41,99 | 41,99 | | 21,00 | 21,00 |

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 573 | <p>Technisch simulierte photodynamische Tageslichttherapie von Hautläsionen inkl. photodynamischer Lichtbestrahlung*, Aufklärung und Beratung, Erstellung des Behandlungsplans, vorbereitender Maßnahmen (z.B. Kürettage, Kryotherapie, Debridement, Laserbehandlung) und Auftragen des Photosensibilisators, inkl. Dokumentation. Eine ggf. durchgeführte photodynamische Diagnostik ist nicht gesondert abrechenbar. Die Gebühr umfasst die PDT-Behandlung der im Behandlungsplan festgestellten Gesamtfläche*1, ggf. auch in mehreren Sitzungen.</p> <p>*Bestrahlungsgeräte mit Zulassung als Medizinprodukt, Richtlinie 93/42 EWG</p> <p>*1Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.</p> | 89,97 | 89,97 | | 44,99 | 44,99 |
| 575 | <p>Laserbehandlung von aktinischen Keratosen bis zu 7 cm² Gesamtfläche¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation</p> | 66,24 | 82,46 | | 31,80 | 31,80 |
| 576 | <p>Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 7 cm² bis 21 cm² Gesamtfläche¹ inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlungen inkl. Fotodokumentation</p> | 91,92 | 114,40 | | 44,13 | 44,13 |
| 577 | <p>Laserbehandlung von aktinischen Keratosen > 21 cm² Gesamtfläche¹ nur nach nachgewiesenem, dokumentiertem Versagen anderer Therapieformen (PDT und selbstapplizierbare Flächentherapie) inkl. ggf. notwendiger Wiederholungsbehandlung inkl. Fotodokumentation</p> <p><i>Die Leistung kann nur nach Genehmigung des UV-Trägers erbracht werden.</i></p> <p><i>Die Gesamtfläche ist die Summe aller Flächen mit Hautläsionen, die im Zeitpunkt der Therapieentscheidung mit dem jeweiligen Verfahren zu behandeln sind.</i></p> | 229,38 | 285,44 | | 110,11 | 110,11 |

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 600 | Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung | 7,13 | 8,88 | | 1,83 | 1,83 |
| 601 | Hyperventilationsprüfung | 4,29 | 5,36 | | 2,82 | 2,82 |
| 602 | Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung - | 14,86 | 18,48 | | 9,91 | 9,91 |
| 603 | Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.</i> | 8,79 | 10,95 | | 5,95 | 5,95 |
| 604 | Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i> | 15,63 | 19,46 | | 10,48 | 10,48 |
| 605 | Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden | 23,65 | 29,42 | | 15,86 | 15,86 |
| 605 a | Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation - | 13,66 | 17,02 | | 9,05 | 9,05 |
| 606 | Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhe-spirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie - | 37,03 | 46,07 | | 24,77 | 24,77 |
| 607 | Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode) | 23,65 | 29,42 | | 15,86 | 15,86 |
| 608 | Ruhe-spirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt | 7,43 | 9,24 | | 4,96 | 4,96 |
| 609 | Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | 17,79 | 22,13 | | 11,90 | 11,90 |
| 610 | Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) - gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i> | 59,12 | 73,58 | | 39,63 | 39,63 |
| 611 | Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) - einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters - | 59,12 | 73,58 | | 39,63 | 39,63 |
| 612 | Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i> | 73,97 | 92,06 | | 49,55 | 49,55 |
| 614 | Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks | 14,67 | 18,23 | | 9,77 | 9,77 |
| 615 | Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath) | 22,18 | 27,60 | | 14,87 | 14,87 |
| 616 | Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung <i>Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.</i> | 29,60 | 36,84 | | 19,82 | 19,82 |
| 617 | Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase | 33,33 | 41,48 | | 22,37 | 22,37 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 618 | H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten | 33,33 | 41,48 | | 22,37 | 22,37 |
| 620 | Rheographische Untersuchung der Extremitäten <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | 14,86 | 18,48 | | 9,91 | 9,91 |
| 621 | Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller) | 12,41 | 15,42 | | 8,36 | 8,36 |
| 622 | Akrale infraton-oszillographische Untersuchung | 17,79 | 22,13 | | 11,90 | 11,90 |
| 623 | Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen <i>Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i> | 13,66 | 17,02 | | 9,20 | 9,20 |
| 624 | Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.</i> | 32,25 | 40,13 | | 21,54 | 21,54 |
| 626 | Rechtsherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - <i>Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 121,61 | | 47,85 | 47,85 |
| 627 | Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - <i>Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 146,59 | 182,43 | | 57,34 | 57,34 |
| 628 | Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 78,19 | 97,29 | | 52,09 | 52,09 |
| 629 | Transseptaler Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - <i>Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 195,46 | 243,21 | | 130,25 | 130,25 |
| 630 | Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 88,73 | 110,42 | | 59,46 | 59,46 |
| 631 | Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers - einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle - | 108,48 | 135,01 | | 72,62 | 72,62 |
| 632 | Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle - gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle - <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 118,26 | 147,17 | | 79,14 | 79,14 |
| 634 | Lichtreflex-Rheographie | 11,72 | 14,58 | | 7,93 | 7,93 |
| 635 | Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten | 22,18 | 27,60 | | 14,87 | 14,87 |
| 636 | Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen) | 37,03 | 46,07 | | 24,77 | 24,77 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|---|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 637 | Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung - | 22,18 | 27,60 | | 14,87 | 14,87 |
| 638 | Punktuelle Arterien - und/oder Venenpulsschreibung | 11,83 | 14,71 | | 7,93 | 7,93 |
| 639 | Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographische Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes) | 44,39 | 55,21 | | 29,74 | 29,74 |
| 640 | Phlebodynamometrie | 63,54 | 79,04 | | 42,47 | 42,47 |
| 641 | Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung | 40,35 | 50,23 | | 27,06 | 27,06 |
| 642 | Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung | 54,15 | 67,39 | | 36,25 | 36,25 |
| 643 | Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung | 11,72 | 14,58 | | 7,93 | 7,93 |
| 644 | Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung - | 17,58 | 21,89 | | 11,90 | 11,90 |
| 645 | Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung - | 63,54 | 79,04 | | 43,02 | 43,02 |
| 646 | Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisierung sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren) | 59,12 | 73,58 | | 39,63 | 39,63 |
| 647 | Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz - | 21,51 | 26,76 | | 14,32 | 14,32 |
| 648 | Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, - einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle - | 59,12 | 73,58 | | 39,63 | 39,63 |
| 649 | Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung - einschließlich graphischer Registrierung - | 63,54 | 79,04 | | 42,33 | 42,33 |
| 650 | Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG - | 14,86 | 18,48 | | 9,91 | 9,91 |
| 651 | Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen) | 24,72 | 30,78 | | 16,57 | 16,57 |
| 652 | Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung - | 43,51 | 54,13 | | 29,18 | 29,18 |
| 653 | Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege | 24,72 | 30,78 | | 16,57 | 16,57 |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | | | | |
| 654 | Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung - | 14,67 | 18,23 | | 9,77 | 9,77 |
| 655 | Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung - einschließlich Einführen der Elektrode - zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652 | 14,86 | 18,48 | | 9,91 | 9,91 |

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 685 | Duodeno-/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion - | 131,92 | 164,18 | | 45,74 | 45,74 |
| 686 | Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion - | 146,59 | 182,43 | | 45,74 | 45,74 |
| 687 | Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - | 146,59 | 182,43 | | 45,74 | 45,74 |
| 688 | Partielle Koloskopie - gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion - | 87,96 | 109,44 | | 45,74 | 45,74 |
| 689 | Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente - einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeex-zision und/oder Probepunktion - | 68,42 | 85,13 | | 11,61 | 11,61 |
| 690 | Rektoskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - | 34,21 | 42,54 | | 11,61 | 11,61 |
| 691 | Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen - gegebenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - | 136,79 | 170,27 | | 45,74 | 45,74 |
| 692 | Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probe-punktion - mit Papillotomie (Hochfrequenz-elektroschlinge) und Steinentfernung | 185,69 | 231,06 | | 53,80 | 53,80 |
| 692 a | Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 - | 39,08 | 48,66 | | 7,93 | 7,93 |
| 693 | Langzeit-pH-metrie des Ösophagus- einschließlich Sondeneinführung - | 29,32 | 36,49 | | 5,67 | 5,67 |
| 694 | Manometrische Untersuchung des Ösophagus | 48,87 | 60,82 | | 8,48 | 8,48 |
| 695 | Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689 - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 39,08 | 48,66 | | 8,20 | 8,20 |
| 696 | Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - zusätzlich zu Nummer 690 - | 19,53 | 24,32 | | 8,20 | 8,20 |
| 697 | Saugbiopsie des Dünndarms - gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion - | 39,08 | 48,66 | | 8,78 | 8,78 |
| 698 | Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich | 19,53 | 24,32 | | 13,72 | 13,72 |
| 699 | Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung | 11,72 | 14,58 | | 8,20 | 8,20 |
| 700 | Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 78,19 | 97,29 | 2,73 | 16,00 | 18,73 |
| 701 | Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 102,63 | 127,70 | 4,21 | 19,40 | 23,61 |
| 703 | Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen | 48,87 | 60,82 | | 22,37 | 22,37 |
| 705 | Proktoskopie | 14,86 | 18,48 | | 5,10 | 5,10 |
| 706 | Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung | 58,61 | 72,95 | | 12,45 | 12,45 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 714 | Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik | 17,58 | 21,89 | | 8,78 | 8,78 |
| 715 | Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes <i>Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i> | 21,51 | 26,76 | | 1,83 | 1,83 |
| 716 | Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z. B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang | 6,73 | 8,39 | | 1,83 | 1,83 |
| 717 | Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang | 10,75 | 13,41 | | 1,83 | 1,83 |
| 718 | Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung <i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i> | 24,55 | 30,52 | | 8,36 | 8,36 |
| 719 | Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten | 24,55 | 30,52 | | 8,36 | 8,36 |
| 725 | Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung - gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson -, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i> | 29,32 | 36,49 | | 19,68 | 19,68 |
| 726 | Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen - einschließlich aller dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmer Schlaf - als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten <i>Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.</i> | 29,32 | 36,49 | | 19,68 | 19,68 |
| 730 | Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren. Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 10a, 731</i> | 9,21 | 9,21 | | 3,17 | 3,17 |
| 731 | Leistung: Telemedizinische Beratungsleistungen nach Nummer 10 bei Berufskrankheiten und im Hautarztverfahren von mehr als 10 Minuten. Bei der Behandlung von Berufskrankheiten sowie damit ggf. verbundenen Maßnahmen der Individualprävention und im Hautarztverfahren gelten die Beschränkung auf den Behandlungsfall, eine vorherige Kostenzusage, die Verlaufsberichterstattung sowie die Dokumentationspflicht nicht. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 10, 730</i> | 18,42 | 18,42 | | 6,32 | 6,32 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 735 | Leistung nach Nr. 2 bei Ganzkörperuntersuchungen der Haut im Rahmen der leitliniengemäßen Nachsorge von Plattenepithelkarzinomen. Soweit eine Auflichtmikroskopie erforderlich wird, ist diese zusätzlich nach UV-GOÄ-Nr. 750 berechnungsfähig. | 20,54 | 20,54 | | 3,69 | 3,69 |
| 736 | Erstellung eines individuellen Hautschutzplanes nachvorheriger Anforderung durch den Unfallversicherungsträger. Die Leistung beinhaltet auch die Besprechung des Hautschutzplanes mit dem Erkrankten. | 29,32 | 36,49 | | | |
| 737 | Kopie und Versand von Hauttestprotokollen, zuzüglich Porto | 3,77 | 3,77 | | 3,77 | 3,77 |
| 738 | Zu Hautkrankheiten gefertigte Fotos (Indikationen zur Fotodokumentation s. DGUV-Honorarleitfaden, Anlage 3 auf www.dguv.de , webcode p012510), die den im jeweiligen Bericht oder im Gutachten beschriebenen Hautbefund nachvollziehbar dokumentieren und auf einem Speichermedium (einschließlich der Herstellung, Verpackung, zuzüglich Porto) zur Verfügung gestellt werden, unabhängig von der Anzahl der Fotos. Eine Darüberhinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den UV-Träger nach Rücksprache genehmigt werden. | 12,02 | 12,02 | | 12,02 | 12,02 |
| 739 | Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt | 17,58 | 21,89 | | | |
| 740 | Kryotherapie der Haut, je Sitzung | 6,94 | 8,64 | | 2,13 | 2,13 |
| 740 a | Kryochirurgische oder chemochirurgische Therapie aktinischer Keratosen. Die Leistung kann einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. | 15,48 | 15,48 | | 3,87 | 3,87 |
| 741 | Verschörfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung | 7,43 | 9,24 | | 2,13 | 2,13 |
| 742 | Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung | 16,13 | 20,07 | | 2,82 | 2,82 |
| 743 | Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung | 7,34 | 9,14 | | 1,83 | 1,83 |
| 744 | Stanzen der Haut, je Sitzung | 7,81 | 9,73 | | 2,43 | 2,43 |
| 745 | Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel | 4,50 | 5,61 | | 3,82 | 3,82 |
| 746 | Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung | 4,50 | 5,61 | | 2,69 | 2,69 |
| 747 | Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung | 4,29 | 5,36 | | 2,43 | 2,43 |
| 748 | Hautdrainage | 7,43 | 9,24 | | 3,69 | 3,69 |
| 750 | Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung | 11,72 | 14,58 | | 6,94 | 6,94 |
| 752 | Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion - | 14,67 | 18,23 | | 3,26 | 3,26 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 753 | Medikamentöse Behandlung aktinischer Keratosen inklusive, Aufklärung und Beratung; Erstellung eines Behandlungsplans, Rezeptur eines für die Behandlung aktinischer Keratosen zugelassenen selbstapplizierbaren Flächentherapeutikums und Dokumentation, ggf. vorbereitende Maßnahmen. Das Auftragen von Fertigarzneimitteln kann nicht abgerechnet werden. Abrechnung einmalig pro rezeptiertem Therapiezyklus. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 575-577</i> | 30,00 | 30,00 | | 7,50 | 7,50 |
| 754 | Vorbereitende Maßnahmen bei AK Grad 3 nach Olsen (z.B. Kürretage / Debridement). Die Leistung kann nur in Kombination mit der Leistung nach Nr. 753 abgerechnet werden. | 14,40 | 14,40 | | 7,20 | 7,20 |
| 755 | Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung | 23,47 | 29,20 | | 6,23 | 6,23 |
| 756 | Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen | 11,83 | 14,71 | | 6,94 | 6,94 |
| 758 | Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung | 7,34 | 9,14 | | 2,69 | 2,69 |
| 759 | Bestimmung der Alkalinisationszeit | 7,43 | 9,24 | | 4,96 | 4,96 |
| 760 | Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode) | 11,83 | 14,71 | | 7,93 | 7,93 |
| 761 | UV-Erythemschwellenwertbestimmung - einschließlich Nachschau - | 7,43 | 9,24 | | 2,25 | 2,25 |
| 762 | Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch | 12,71 | 15,80 | | 8,20 | 8,20 |
| 763 | Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen - gegebenenfalls einschließlich Naht - | 14,46 | 17,99 | 5,47 | 6,94 | 12,41 |
| 764 | Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung | 18,56 | 23,10 | | 8,48 | 8,48 |
| 765 | Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen) | 27,37 | 34,05 | 5,47 | 8,20 | 13,67 |
| 766 | Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung | 21,98 | 27,37 | | 11,04 | 11,04 |
| 768 | Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung | 4,89 | 6,06 | | 2,69 | 2,69 |
| 770 | Ausräumung des Mastdarms mit der Hand | 13,66 | 17,02 | | 5,51 | 5,51 |
| 780 | Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus | 23,65 | 29,42 | | 8,20 | 8,20 |
| 781 | Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung | 7,43 | 9,24 | | 3,40 | 3,40 |
| 784 | Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen - | 26,87 | 33,45 | | 13,60 | 13,60 |
| 785 | Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Spülung | 32,25 | 40,13 | | 16,44 | 16,44 |
| 786 | Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung | 5,38 | 6,69 | | 3,69 | 3,69 |
| 790 | Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse <i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfpersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i> | 48,87 | 60,82 | | 13,72 | 13,72 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 791 | <p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfpersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p> | 31,29 | 38,93 | | 8,91 | 8,91 |
| 792 | <p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfpersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p> | 42,99 | 53,50 | | 12,19 | 12,19 |
| 793 | <p>Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag</p> <p><i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfaßt insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfpersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummern 50a bis 50e) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i></p> | 11,26 | 13,99 | | 3,40 | 3,40 |
| 796 | <p>Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation</p> | 14,86 | 18,48 | | 9,91 | 9,91 |

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 800 | Eingehende neurologische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes - Die Leistung ist nur für Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen und Neuropädiater berechnungsfähig und im Behandlungsfall nicht mehr als dreimal berechenbar. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 825, 826, 830, 1400</i> | 20,54 | 25,53 | | 5,48 | 5,48 |
| 801 | Eingehende psychiatrische Untersuchung - gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson - <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 2, 715-718, 825, 826, 830, 1400</i> | 24,43 | 30,41 | | 5,10 | 5,10 |
| 804 | Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch - auch mit gezielter Exploration - | 14,67 | 18,23 | | 3,69 | 3,69 |
| 806 | Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation - gegebenenfalls unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten-, Mindestdauer 20 Minuten | 24,43 | 30,41 | | 5,10 | 5,10 |
| 807 | Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen <i>Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i> | 39,08 | 48,66 | | 5,10 | 5,10 |
| 808 | Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie - einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten - | 39,08 | 48,66 | | 1,98 | 1,98 |
| 812 | Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch | 48,87 | 60,82 | | 5,10 | 5,10 |
| 816 | Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung - gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen - | 17,58 | 21,89 | | 3,69 | 3,69 |
| 817 | Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen | 17,58 | 21,89 | | 3,69 | 3,69 |
| 825 | Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung | 8,13 | 10,10 | | 1,83 | 1,83 |
| 826 | Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung - gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 826 sind die Leistungen nach den Nummern 6, 800 und nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.</i> | 9,67 | 12,02 | | 1,83 | 1,83 |
| 827 | Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen - | 59,12 | 73,58 | | 39,63 | 39,63 |
| 827 a | Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung - | 92,83 | 115,52 | | 61,89 | 61,89 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 828 | Messung visuell, akustisch, somatosensorisch oder magnetisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP, MEP) | 59,12 | 73,58 | | 39,63 | 39,63 |
| 829 | Sensible Elektroneurographie mit Oberflächen Elektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie - | 15,63 | 19,46 | | 10,48 | 10,48 |
| 830 | Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen | 7,81 | 9,73 | | 1,83 | 1,83 |
| 831 | Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen - | 7,81 | 9,73 | | 3,69 | 3,69 |
| 832 | Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation | 15,42 | 19,22 | | 8,36 | 8,36 |
| 833 | Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik - einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen - <i>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig. Daneben nicht abrechenbar: Nr. 55</i> | 27,86 | 34,65 | | 8,36 | 8,36 |
| 835 | Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind | 6,25 | 7,78 | | 1,83 | 1,83 |
| 836 | Intravenöse Konvulsionstherapie | 18,56 | 23,10 | | 8,36 | 8,36 |
| 837 | Elektrische Konvulsionstherapie | 26,68 | 33,21 | | 9,05 | 9,05 |
| 838 | Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln | 53,76 | 66,89 | | 35,96 | 35,96 |
| 839 | Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungs geschwindigkeit | 68,42 | 85,13 | | 45,85 | 45,85 |
| 840 | Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie - | 68,42 | 85,13 | | 45,85 | 45,85 |
| 842 | Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik <i>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i> | 48,87 | 60,82 | | 32,57 | 32,57 |
| 845 | Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose | 14,67 | 18,23 | | 3,69 | 3,69 |
| 846 | Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten | 14,67 | 18,23 | | 3,69 | 3,69 |
| 847 | Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer | 4,40 | 5,48 | | 1,58 | 1,58 |
| 849 | Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten | 22,48 | 27,98 | | 5,10 | 5,10 |
| 855 | Projektive Testverfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. Rorschach-Test, TAT, ...) je Test | 35,99 | 35,99 | | 14,65 | 14,65 |
| 856 | Standardisierte Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik einschließlich neuropsychologischer Verfahren (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Verlaufsdiagnostik Anzahl anhängig von Fragestellung, einschließlich Verfahren zur Beschwerdendvalidierung (z. B. K-ABC, WIE, TAP, WMS, ...) je Test <i>Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i> | 53,98 | 53,98 | | 22,08 | 22,08 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 857 | Orientierende Testverfahren zur Diagnostik psychischer Beschwerden (Anwendung und Auswertung mit schriftlicher Aufzeichnung) - leitliniengerechte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie Verlaufsmessung Anzahl abhängig von der Fragestellung (z. B. BDI-II, BSCL, FPI, PSSI, HADS, IES-R, ETI, ...) je Test <i>Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i> | 17,99 | 17,99 | | 7,29 | 7,29 |
| 860 | Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen <i>Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i> | 89,91 | 111,89 | | 29,01 | 29,01 |
| 861 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten | 67,43 | 83,93 | | 12,45 | 12,45 |
| 862 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer | 33,69 | 41,96 | | 6,51 | 6,51 |
| 863 | Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten | 67,43 | 83,93 | | 12,45 | 12,45 |
| 864 | Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer | 33,69 | 41,96 | | 6,51 | 6,51 |
| 865 | Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung | 33,69 | 41,96 | | 3,69 | 3,69 |
| 870 | Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten - gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten - | 73,31 | 91,20 | | 13,60 | 13,60 |
| 871 | Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer <i>Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.</i> | 14,67 | 18,23 | | 2,82 | 2,82 |
| 885 | Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge | 48,87 | 60,82 | | 8,78 | 8,78 |
| 886 | Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten | 68,42 | 85,13 | | 12,45 | 12,45 |
| 887 | Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer | 19,53 | 24,32 | | 3,40 | 3,40 |

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1001 | Tokographische Untersuchung | 11,72 | 14,58 | | 7,93 | 7,93 |
| 1002 | Externe kardiotokographische Untersuchung | 19,53 | 24,32 | | 13,17 | 13,17 |
| 1003 | Interne kardiotokographische Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie - <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.</i> | 37,03 | 46,07 | | 24,77 | 24,77 |
| 1004 | Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung. Die Leistung nach Nummer 1004 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nummer 1004 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1-15, 1005</i> | 35,20 | 43,76 | | | |
| 1005 | Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft - auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch. <i>Daneben nicht abrechenbar: Nrn. 1-15, 1004</i> | 29,32 | 36,49 | | 2,82 | 2,82 |
| 1010 | Amnioskopie | 14,46 | 17,99 | | 5,10 | 5,10 |
| 1011 | Amniozentese - einschließlich Fruchtwasserentnahme - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 25,99 | 32,36 | | 7,64 | 7,64 |
| 1012 | Blutentnahme beim Fetus | 7,25 | 9,01 | | 3,69 | 3,69 |
| 1013 | Blutentnahme beim Fetus - einschließlich pH-Messung(en) im Blut - | 17,40 | 21,65 | | 10,76 | 10,76 |
| 1014 | Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie - einschließlich pH-Messung(en) im Blut - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | | 11,34 | 11,34 |
| 1020 | Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt - gegebenenfalls einschließlich Eipollösung - | 14,46 | 17,99 | | 7,64 | 7,64 |
| 1021 | Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe | 25,99 | 32,36 | | 3,69 | 3,69 |
| 1022 | Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat | 127,03 | 158,11 | | 5,10 | 5,10 |
| 1025 | Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende | 54,15 | 67,39 | | 28,04 | 28,04 |
| 1026 | Entbindung durch Vakuumextraktion | 81,30 | 101,21 | | 36,53 | 36,53 |
| 1027 | Entbindung durch Zange | 81,30 | 101,21 | | 34,27 | 34,27 |
| 1028 | Äußere Wendung | 36,16 | 44,99 | | 6,94 | 6,94 |
| 1029 | Innere oder kombinierte Wendung - auch mit Extraktion - | 108,48 | 135,01 | | 35,53 | 35,53 |
| 1030 | Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i> | 36,16 | 44,99 | | 8,36 | 8,36 |
| 1031 | Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion | 190,58 | 237,15 | | 68,25 | 68,25 |
| 1032 | Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus | 225,76 | 280,93 | 46,78 | 47,85 | 94,63 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1035 | Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation | 198,40 | 246,88 | 46,78 | 54,10 | 100,88 |
| 1036 | Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation | 270,71 | 336,86 | 46,78 | 54,10 | 100,88 |
| 1040 | Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung - auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage - | 34,21 | 42,54 | | 7,78 | 7,78 |
| 1041 | Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 80,54 | 100,20 | | 26,33 | 26,33 |
| 1042 | Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe | 54,15 | 67,39 | | 26,33 | 26,33 |
| 1043 | Naht des Gebärmutterhalses - einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 60,61 | 75,41 | 15,66 | 20,83 | 36,49 |
| 1044 | Naht der weichen Geburtswege - auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung - und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses <i>Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 41,06 | 51,09 | 15,66 | 20,11 | 35,77 |
| 1045 | Naht eines vollkommenen Dammrisses(III. Grades) <i>Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 23,33 | 27,17 | 50,50 |
| 1048 | Operation einer Extrauterinschwangerschaft <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 225,76 | 280,93 | 31,11 | 60,18 | 91,29 |
| 1049 | Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren - auch mit Einlage eines Ringes - | 28,92 | 35,99 | | 4,96 | 4,96 |
| 1050 | Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung | 28,92 | 35,99 | | 22,37 | 22,37 |
| 1051 | Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe | 18,08 | 22,49 | | 3,82 | 3,82 |
| 1052 | Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | | 19,40 | 19,40 |
| 1055 | Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 78,19 | 97,29 | | 22,37 | 22,37 |
| 1056 | Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals - <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 117,27 | 145,94 | | 54,10 | 54,10 |
| 1060 | Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | | 22,37 | 22,37 |
| 1061 | Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos | 18,08 | 22,49 | | 9,05 | 9,05 |
| 1062 | Vaginoskopie bei einer Virgo | 17,40 | 21,65 | | 6,07 | 6,07 |
| 1063 | Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr | 23,47 | 29,20 | | 6,07 | 6,07 |
| 1070 | Kolposkopie | 7,13 | 8,88 | | 3,26 | 3,26 |
| 1075 | Vaginale Behandlung - auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen - | 4,40 | 5,48 | | 2,69 | 2,69 |
| 1080 | Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes | 10,36 | 12,90 | | 6,07 | 6,07 |
| 1081 | Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung | 5,76 | 7,18 | | 6,51 | 6,51 |
| 1082 | Ausstopfung der Gebärmutter - gegebenenfalls einschließlich Scheide - zur Blutstillung, als selbständige Leistung | 17,40 | 21,65 | | 9,77 | 9,77 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1083 | Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung | 6,86 | 8,49 | | 3,40 | 3,40 |
| 1084 | Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung | 11,52 | 14,36 | | 8,78 | 8,78 |
| 1085 | Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | | 8,78 | 8,78 |
| 1086 | Konisation der Portio <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | | 17,56 | 17,56 |
| 1087 | Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters | 5,38 | 6,69 | | 2,69 | 2,69 |
| 1088 | Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes | 9,09 | 11,32 | | 6,51 | 6,51 |
| 1089 | Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | | 16,00 | 16,00 |
| 1090 | Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars | 5,08 | 6,31 | | 2,69 | 2,69 |
| 1091 | Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars | 10,36 | 12,90 | | 2,69 | 2,69 |
| 1092 | Entfernung eines Intrauterinpessars | 5,08 | 6,31 | | 2,69 | 2,69 |
| 1095 | Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter | 225,76 | 280,93 | 31,11 | 54,10 | 85,21 |
| 1096 | Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung | 14,46 | 17,99 | | 7,64 | 7,64 |
| 1097 | Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt - gegebenenfalls einschließlich Naht - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | 7,78 | 13,03 | 20,81 |
| 1098 | Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | 7,78 | 13,03 | 20,81 |
| 1099 | Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 63,24 | 78,70 | 7,78 | 13,03 | 20,81 |
| 1102 | Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund | 14,46 | 17,99 | | 12,02 | 12,02 |
| 1103 | Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand - gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen - | 18,08 | 22,49 | | 12,02 | 12,02 |
| 1104 | Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses - gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen - | 63,24 | 78,70 | 7,46 | 13,03 | 20,49 |
| 1105 | Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung - einschließlich Kosten - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 17,58 | 21,89 | | 11,75 | 11,75 |
| 1110 | Hysteroskopie | 43,39 | 53,99 | | 6,07 | 6,07 |
| 1111 | Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 8,20 | 15,98 |
| 1112 | Tubendurchblasung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | | 10,05 | 10,05 |
| 1113 | Tubendurchblasung mit Druckschreibung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 41,06 | 51,09 | | 11,75 | 11,75 |
| 1114 | Insemination - auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens - | 36,16 | 44,99 | | 17,13 | 17,13 |
| 1120 | Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses - auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 63,24 | 78,70 | 11,77 | 33,40 | 45,17 |
| 1121 | Operation eines alten vollkommenen Dammrisses <i>Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 162,23 | 201,88 | 23,33 | 46,29 | 69,62 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1122 | Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 31,14 | 38,92 |
| 1123 | Plastische Operation bei teilweisem Verschuß der Scheide | 270,71 | 336,86 | 23,33 | 50,40 | 73,73 |
| 1123 a | Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter | 221,85 | 276,09 | 23,33 | 50,40 | 73,73 |
| 1124 | Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide | 361,57 | 449,98 | 23,33 | 65,27 | 88,60 |
| 1125 | Vordere Scheidenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 15,66 | 47,85 | 63,51 |
| 1126 | Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 126,05 | 156,88 | 15,66 | 55,63 | 71,29 |
| 1127 | Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik | 162,23 | 201,88 | 23,33 | 63,57 | 86,90 |
| 1128 | Scheiden- und Portioplastik - gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik - | 216,94 | 269,98 | 31,11 | 68,38 | 99,49 |
| 1129 | Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z. B. nach Shirodkar) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 15,66 | 35,10 | 50,76 |
| 1131 | Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 37,03 | 46,07 | 3,68 | 13,03 | 16,71 |
| 1135 | Zervixamputation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 1136 | Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie - auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses -, als selbständige Leistung | 37,03 | 46,07 | 3,68 | 6,94 | 10,62 |
| 1137 | Vaginale Myomenukleation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 126,05 | 156,88 | 31,11 | 41,20 | 72,31 |
| 1138 | Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung | 270,71 | 336,86 | 38,89 | 70,08 | 108,97 |
| 1139 | Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung | 325,43 | 404,99 | 46,78 | 103,08 | 149,86 |
| 1140 | Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 32,55 | 40,50 | 3,68 | 13,03 | 16,71 |
| 1141 | Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheiden-septums) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 11,77 | 28,75 | 40,52 |
| 1145 | Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 162,23 | 201,88 | 38,89 | 49,27 | 88,16 |
| 1146 | Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig | 216,94 | 269,98 | 46,78 | 54,10 | 100,88 |
| 1147 | Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle | 144,64 | 179,99 | 38,89 | 52,53 | 91,42 |
| 1148 | Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig | 244,30 | 304,04 | 54,34 | 68,38 | 122,72 |
| 1149 | Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig | 342,05 | 425,64 | 54,34 | 103,37 | 157,71 |
| 1155 | Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 78,19 | 97,29 | 3,68 | 19,40 | 23,08 |

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

I. Augenheilkunde

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1229 | Farbsinnprüfung mit Anomaloskop | 17,79 | 22,13 | | 5,10 | 5,10 |
| 1233 | Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation | 47,29 | 58,86 | | 16,00 | 16,00 |
| | <i>Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 1234 | Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung | 8,89 | 11,08 | | 3,40 | 3,40 |
| 1235 | Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung | 8,89 | 11,08 | | 3,40 | 3,40 |
| 1236 | Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation) | 8,89 | 11,08 | | 3,40 | 3,40 |
| 1237 | Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG) | 58,61 | 72,95 | | 39,22 | 39,22 |
| 1240 | Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) - | 7,25 | 9,01 | | 3,69 | 3,69 |
| 1241 | Gonioskopie | 14,86 | 18,48 | | 6,94 | 6,94 |
| 1242 | Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampen-mikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung - | 14,86 | 18,48 | | 6,94 | 6,94 |
| 1243 | Diasklerale Durchleuchtung | 5,96 | 7,41 | | 3,69 | 3,69 |
| 1244 | Exophthalmometrie | 4,89 | 6,06 | | 5,10 | 5,10 |
| 1248 | Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschließlich Applikation des Teststoffes - | 23,65 | 29,42 | | 13,72 | 13,72 |
| 1249 | Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund-einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes - | 47,29 | 58,86 | | 31,57 | 31,57 |
| | <i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | | |
| 1250 | Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt | 26,68 | 33,21 | | 9,77 | 9,77 |
| 1251 | Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff | 26,68 | 33,21 | | 9,77 | 9,77 |
| 1252 | Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie | 9,77 | 12,18 | | 4,96 | 4,96 |
| 1253 | Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundus-fotographie | 14,67 | 18,23 | | 7,37 | 7,37 |
| 1255 | Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers | 6,86 | 8,49 | | 1,83 | 1,83 |
| 1256 | Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers | 9,77 | 12,18 | | 3,69 | 3,69 |
| 1257 | Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) - auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes - | 23,65 | 29,42 | | 10,76 | 10,76 |
| 1259 | Pupillographie | 23,65 | 29,42 | | 15,86 | 15,86 |
| 1260 | Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln | 54,72 | 68,11 | | 36,66 | 36,66 |
| 1262 | Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, erste Messung | 23,65 | 29,42 | | 10,76 | 10,76 |
| 1263 | Ophthalmodynamometrie - gegebenenfalls einschließlich Tonometrie -, jede weitere Messung | 14,86 | 18,48 | | 9,05 | 9,05 |
| 1268 | Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten | 14,86 | 18,48 | | 14,72 | 14,72 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1269 | Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten | 14,86 | 18,48 | | 14,72 | 14,72 |
| 1270 | Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten | 5,27 | 6,55 | | 5,10 | 5,10 |
| 1271 | Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges | 4,50 | 5,61 | | 1,83 | 1,83 |
| 1275 | Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut | 3,59 | 4,50 | | 1,83 | 1,83 |
| 1276 | Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut | 7,25 | 9,01 | | 2,69 | 2,69 |
| 1277 | Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes | 14,86 | 18,48 | 2,50 | 5,10 | 7,60 |
| 1278 | Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation | 27,16 | 33,81 | 2,50 | 7,64 | 10,14 |
| 1279 | Entfernung von Korneoskleralfäden | 9,77 | 12,18 | | 5,67 | 5,67 |
| 1280 | Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten - einschließlich Eröffnung des Augapfels - | 126,05 | 156,88 | 5,47 | 31,86 | 37,33 |
| 1281 | Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern | 216,94 | 269,98 | 7,46 | 58,75 | 66,21 |
| 1282 | Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut | 14,86 | 18,48 | | 8,48 | 8,48 |
| 1283 | Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 5,47 | 13,03 | 18,50 |
| 1284 | Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 7,46 | 16,00 | 23,46 |
| 1285 | Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 144,64 | 179,99 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 1290 | Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöchernerne Gerüst | 146,59 | 182,43 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 1291 | Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur) | 180,81 | 224,98 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 1292 | Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 27,16 | 33,81 | 5,47 | 6,94 | 12,41 |
| 1293 | Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig | 7,25 | 9,01 | | 2,54 | 2,54 |
| 1294 | Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig | 12,71 | 15,80 | | 2,54 | 2,54 |
| 1297 | Operation des evertierten Tränenpünktchens | 14,86 | 18,48 | 5,47 | 1,83 | 7,30 |
| 1298 | Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals | 12,90 | 16,07 | | 2,43 | 2,43 |
| 1299 | Tränensackexstirpation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 5,47 | 16,00 | 21,47 |
| 1300 | Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfenestrierung | 119,23 | 148,37 | 5,47 | 24,20 | 29,67 |
| 1301 | Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | 5,47 | 11,34 | 16,81 |
| 1302 | Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 5,47 | 8,20 | 13,67 |
| 1303 | Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte | 22,48 | 27,98 | | 1,83 | 1,83 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1304 | Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 7,46 | 9,77 | 17,23 |
| 1305 | Operation der Lidsenkung (Ptosis) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 5,47 | 20,83 | 26,30 |
| 1306 | Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 7,46 | 20,83 | 28,29 |
| 1310 | Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates | 144,64 | 179,99 | 7,78 | 20,83 | 28,61 |
| 1311 | Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 7,46 | 28,75 | 36,21 |
| 1312 | Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation | 180,81 | 224,98 | 7,78 | 28,75 | 36,53 |
| 1319 | Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippen-schleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel - einschließlich Entnahme des Trans-plantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel - | 180,81 | 224,98 | 15,66 | 28,75 | 44,41 |
| 1320 | Einspritzung unter die Bindehaut | 5,08 | 6,31 | | 1,83 | 1,83 |
| 1321 | Operation des Flügelfells <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | 5,47 | 9,77 | 15,24 |
| 1322 | Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik | 162,23 | 201,88 | 7,46 | 52,53 | 59,99 |
| 1323 | Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung | 6,53 | 8,16 | | 2,69 | 2,69 |
| 1325 | Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhaut-wunde | 22,48 | 27,98 | 5,47 | 11,61 | 17,08 |
| 1326 | Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde - auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung - | 108,48 | 135,01 | 7,46 | 31,86 | 39,32 |
| 1327 | Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Ver-sorgung von Regenbogenhaut und Linse | 180,81 | 224,98 | 7,46 | 28,75 | 36,21 |
| 1328 | Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut | 315,66 | 392,83 | 14,82 | 71,34 | 86,16 |
| 1330 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,46 | 47,85 | 55,31 |
| 1331 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 4,21 | 16,00 | 20,21 |
| 1332 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 7,46 | 47,85 | 55,31 |
| 1333 | Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 4,10 | 16,00 | 20,10 |
| 1338 | Chemische Ätzung der Hornhaut | 5,48 | 6,80 | | 1,83 | 1,83 |
| 1339 | Abschabung der Hornhaut | 14,46 | 17,99 | | 3,69 | 3,69 |
| 1340 | Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelent-fernung | 18,08 | 22,49 | | 5,10 | 5,10 |
| 1341 | Tätowierung der Hornhaut | 32,55 | 40,50 | | 6,07 | 6,07 |
| 1345 | Hornhautplastik | 162,23 | 201,88 | 7,46 | 52,53 | 59,99 |
| 1346 | Hornhauttransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 270,71 | 336,86 | 7,46 | 76,04 | 83,50 |
| 1347 | Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese) | 296,11 | 368,50 | 7,46 | 76,04 | 83,50 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1348 | Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars | 81,30 | 101,21 | 5,47 | 19,40 | 24,87 |
| 1349 | Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) - gegebenenfalls mit Extraktion zurückge-bliebener Linsenteile - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 180,81 | 224,98 | 6,10 | 47,85 | 53,95 |
| 1350 | Staroperation - gegebenenfalls mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 231,61 | 288,24 | 5,47 | 47,85 | 53,32 |
| 1351 | Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 270,71 | 336,86 | 7,78 | 78,58 | 86,36 |
| 1352 | Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 175,92 | 218,89 | 7,78 | 52,53 | 60,31 |
| 1353 | Extraktion einer eingepflanzten Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 81,30 | 101,21 | 7,78 | 28,75 | 36,53 |
| 1354 | Extraktion der luxierten Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 216,94 | 269,98 | 7,78 | 58,75 | 66,53 |
| 1355 | Partielle oder totale Extraktion des Nachstars <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 7,78 | 28,75 | 36,53 |
| 1356 | Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | 5,47 | 11,34 | 16,81 |
| 1357 | Hintere Sklerotomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | 5,47 | 11,34 | 16,81 |
| 1358 | Zyklodialyse, Iridektomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 97,71 | 121,61 | 5,47 | 40,06 | 45,53 |
| 1359 | Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 48,87 | 60,82 | 5,47 | 21,24 | 26,71 |
| 1360 | Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 97,71 | 121,61 | | 46,73 | 46,73 |
| 1361 | Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 180,81 | 224,98 | 5,47 | 47,85 | 53,32 |
| 1362 | Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom | 296,11 | 368,50 | 7,46 | 76,04 | 83,50 |
| 1365 | Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | | 55,93 | 55,93 |
| 1366 | Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 5,47 | 25,47 | 30,94 |
| 1367 | Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 216,94 | 269,98 | 5,47 | 55,93 | 61,40 |
| 1368 | Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie | 296,11 | 368,50 | 5,47 | 55,93 | 61,40 |
| 1369 | Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors | 180,81 | 224,98 | | 55,93 | 55,93 |
| 1370 | Operative Entfernung des Augapfels | 90,30 | 112,37 | 7,46 | 24,20 | 31,66 |
| 1371 | Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe | 126,05 | 156,88 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |
| 1372 | Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation | 180,81 | 224,98 | 7,78 | 55,93 | 63,71 |
| 1373 | Operative Ausräumung der Augenhöhle | 108,48 | 135,01 | 7,46 | 27,32 | 34,78 |
| 1374 | Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 298,06 | 370,93 | 5,47 | 14,87 | 20,34 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1375 | Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 342,05 | 425,64 | 7,78 | 16,99 | 24,77 |
| 1376 | Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens | 144,64 | 179,99 | 7,78 | 39,35 | 47,13 |
| 1377 | Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 27,37 | 34,05 | 5,47 | 6,94 | 12,41 |
| 1380 | Operative Entfernung eines Iristumors | 195,46 | 243,21 | 7,46 | 58,75 | 66,21 |
| 1381 | Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie) | 270,71 | 336,86 | 7,46 | 58,75 | 66,21 |
| 1382 | Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 244,30 | 304,04 | 7,46 | 58,75 | 66,21 |
| 1383 | Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung | 244,30 | 304,04 | 7,46 | 58,75 | 66,21 |
| 1384 | Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 81,11 | 100,94 | 7,78 | 28,75 | 36,53 |
| 1386 | Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut | 126,05 | 156,88 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1427 | Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung | 9,28 | 11,54 | | 3,40 | 3,40 |
| 1428 | Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | 7,78 | 3,40 | 11,18 |
| 1429 | Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung | 7,43 | 9,24 | | 3,69 | 3,69 |
| 1430 | Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probe-exzision | 11,62 | 14,46 | 7,78 | 5,38 | 13,16 |
| 1435 | Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig | 8,89 | 11,08 | | 5,67 | 5,67 |
| 1436 | Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig | 3,52 | 4,38 | | 2,69 | 2,69 |
| 1438 | Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | | 11,75 | 11,75 |
| 1439 | Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite | 36,16 | 44,99 | | 11,75 | 11,75 |
| 1440 | Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite | 12,71 | 15,80 | | 8,48 | 8,48 |
| 1441 | Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | 7,78 | 9,77 | 17,55 |
| 1445 | Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | | 14,72 | 14,72 |
| 1446 | Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 19,40 | 27,18 |
| 1447 | Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 162,23 | 201,88 | 15,66 | 100,22 | 115,88 |
| 1448 | Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 231,61 | 288,24 | 15,66 | 138,03 | 153,69 |
| 1449 | Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen | 361,57 | 449,98 | 23,33 | 200,18 | 223,51 |
| 1450 | Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen | 723,18 | 899,94 | 31,11 | 375,90 | 407,01 |
| 1452 | Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase | 78,19 | 97,29 | 11,77 | 19,40 | 31,17 |
| 1453 | Operative Entfernung der gesamten Nase | 107,49 | 133,78 | 23,33 | 31,99 | 55,32 |
| 1455 | Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 53,76 | 66,89 | 7,78 | 21,24 | 29,02 |
| 1456 | Operative Verschmälerung des Nasensteges | 22,66 | 28,23 | | 11,75 | 11,75 |
| 1457 | Operative Korrektur eines Nasenflügels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | | 19,82 | 19,82 |
| 1458 | Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses | 126,05 | 156,88 | 15,66 | 31,86 | 47,52 |
| 1459 | Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand | 7,25 | 9,01 | | 5,67 | 5,67 |
| 1465 | Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten - | 11,62 | 14,46 | | 5,10 | 5,10 |

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1551 | Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea - gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie - | 293,18 | 364,86 | 46,78 | 106,74 | 153,52 |
| 1555 | Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses) <i>Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i> | 11,62 | 14,46 | | 4,10 | 4,10 |
| 1556 | Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfangs und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung) | 11,62 | 14,46 | | 4,10 | 4,10 |
| 1557 | Elektroglottographische Untersuchung | 10,36 | 12,90 | | 7,50 | 7,50 |
| 1558 | Stimmtherapie bei Kehlkopflosten (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung | 14,46 | 17,99 | | 4,54 | 4,54 |
| 1559 | Sprachübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten | 20,22 | 25,17 | | 5,10 | 5,10 |
| 1560 | Stimmübungsbehandlung - einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmesatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten | 20,22 | 25,17 | | 5,10 | 5,10 |
| 1565 | Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfropfen, auch beidseitig | 4,40 | 5,48 | | 1,83 | 1,83 |
| 1566 | Ausspülung des Kuppelraumes | 4,40 | 5,48 | | 1,83 | 1,83 |
| 1567 | Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang | 7,25 | 9,01 | | 4,54 | 4,54 |
| 1568 | Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen) | 18,08 | 22,49 | | 6,07 | 6,07 |
| 1569 | Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle | 7,25 | 9,01 | | 3,69 | 3,69 |
| 1570 | Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle | 14,46 | 17,99 | | 5,10 | 5,10 |
| 1575 | Inzision des Trommelfells (Parazentese) | 12,71 | 15,80 | | 5,10 | 5,10 |
| 1576 | Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 31,29 | 38,93 | | 16,00 | 16,00 |
| 1577 | Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens | 4,40 | 5,48 | | 2,43 | 2,43 |
| 1578 | Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig | 3,90 | 4,87 | | 2,43 | 2,43 |
| 1579 | Chemische Ätzung in der Paukenhöhle - gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang - | 6,86 | 8,49 | | 4,39 | 4,39 |
| 1580 | Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle | 8,68 | 10,83 | | 4,10 | 4,10 |
| 1585 | Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe | 12,71 | 15,80 | | 6,07 | 6,07 |
| 1586 | Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | | 11,75 | 11,75 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1588 | Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 7,78 | 19,40 | 27,18 |
| 1589 | Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors | 2,94 | 3,66 | | 1,83 | 1,83 |
| 1590 | Katheterismus der Ohrtrompete - auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche -, auch beidseitig | 7,25 | 9,01 | | 3,97 | 3,97 |
| 1591 | Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig | 3,90 | 4,87 | | 1,83 | 1,83 |
| 1595 | Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 180,81 | 224,98 | 7,78 | 50,82 | 58,60 |
| 1596 | Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie | 144,64 | 179,99 | 7,78 | 43,47 | 51,25 |
| 1597 | Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | | 45,01 | 45,01 |
| 1598 | Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation) | 162,23 | 201,88 | 7,78 | 47,85 | 55,63 |
| 1600 | Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses - gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume - | 270,71 | 336,86 | 15,66 | 79,43 | 95,09 |
| 1601 | Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 - | 162,23 | 201,88 | 15,66 | 47,85 | 63,51 |
| 1602 | Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 - | 270,71 | 336,86 | 15,66 | 79,43 | 95,09 |
| 1610 | Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602 | 144,64 | 179,99 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |
| 1611 | Myringoplastik vom Gehörgang aus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 144,64 | 179,99 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |
| 1612 | Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | | 36,80 | 36,80 |
| 1613 | Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 229,67 | 285,81 | 7,78 | 62,59 | 70,37 |
| 1614 | Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 306,85 | 381,87 | 7,78 | 79,43 | 87,21 |
| 1620 | Fensterungsoperation - einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes - | 229,67 | 285,81 | 7,78 | 76,04 | 83,82 |
| 1621 | Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung | 108,48 | 135,01 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |
| 1622 | Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 68,42 | 85,13 | 7,78 | 26,48 | 34,26 |
| 1623 | Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) - gegebenenfalls einschließlich Interposition - | 229,67 | 285,81 | 7,78 | 62,59 | 70,37 |
| 1624 | Dekompression des Sacculus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus | 229,67 | 285,81 | 7,78 | 62,59 | 70,37 |
| 1625 | Fazialisdekompression, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 216,94 | 269,98 | 7,78 | 62,59 | 70,37 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1626 | Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 129,97 | 161,74 | 7,78 | 26,48 | 34,26 |
| 1628 | Plastischer Verschuß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 16,00 | 23,78 |
| 1629 | Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges | 361,57 | 449,98 | 7,78 | 111,56 | 119,34 |
| 1635 | Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 1636 | Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 86,67 | 107,88 | 7,78 | 46,58 | 54,36 |
| 1637 | Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 136,79 | 170,27 | 7,78 | 62,59 | 70,37 |
| 1638 | Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 439,77 | 547,26 | 31,11 | 200,18 | 231,29 |
| 1639 | Unterbindung der Vena jugularis | 54,15 | 67,39 | 7,78 | 16,00 | 23,78 |

K. Urologie

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1700 | Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln | 4,40 | 5,48 | | 2,25 | 2,25 |
| 1701 | Dehnung der männlichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung | 7,25 | 9,01 | | 4,10 | 4,10 |
| 1702 | Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, erste Sitzung | 17,40 | 21,65 | | 9,20 | 9,20 |
| 1703 | Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre | 14,46 | 17,99 | | 9,20 | 9,20 |
| 1704 | Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre | 54,15 | 67,39 | 11,77 | 22,52 | 34,29 |
| 1708 | Kalibrierung der männlichen Harnröhre | 7,34 | 9,14 | | 4,10 | 4,10 |
| 1709 | Kalibrierung der weiblichen Harnröhre | 5,86 | 7,29 | | 2,82 | 2,82 |
| 1710 | Dehnung der weiblichen Harnröhre - auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln -, je Sitzung | 5,76 | 7,18 | | 2,82 | 2,82 |
| 1711 | Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre | 7,25 | 9,01 | | 4,10 | 4,10 |
| 1712 | Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) | 11,62 | 14,46 | | 9,20 | 9,20 |
| 1713 | Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation, Erstbougieurung und/oder Spaltung einer Striktur) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 28,92 | 35,99 | | 20,66 | 20,66 |
| 1714 | Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung | 22,48 | 27,98 | 7,78 | 14,87 | 22,65 |
| 1715 | Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis | 29,32 | 36,49 | | 14,57 | 14,57 |
| 1720 | Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm | 54,15 | 67,39 | 15,66 | 28,75 | 44,41 |
| 1721 | Verschluß einer Harnröhrenfistel durch Naht | 54,15 | 67,39 | 19,66 | 32,41 | 52,07 |
| 1722 | Verschluß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation | 108,48 | 135,01 | 19,66 | 57,50 | 77,16 |
| 1723 | Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung | 162,23 | 201,88 | 31,11 | 57,50 | 88,61 |
| 1724 | Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung | 162,23 | 201,88 | 31,11 | 57,50 | 88,61 |
| 1728 | Katheterisierung der Harnblase beim Mann | 5,76 | 7,18 | | 4,25 | 4,25 |
| 1729 | Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula - | 10,16 | 12,65 | | 6,51 | 6,51 |
| 1730 | Katheterisierung der Harnblase bei der Frau | 3,59 | 4,50 | | 1,83 | 1,83 |
| 1731 | Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten - einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula - | 7,25 | 9,01 | | 5,67 | 5,67 |
| 1732 | Einlegung eines Verweilkatheters - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 - <i>Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.</i> | 7,25 | 9,01 | | 4,25 | 4,25 |
| 1733 | Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter | 3,90 | 4,87 | | 2,69 | 2,69 |
| 1737 | Meatomie | 7,25 | 9,01 | 5,78 | 4,10 | 9,88 |
| 1738 | Plastische Versorgung einer Meatusstriktur <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 23,33 | 22,52 | 45,85 |

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1772 | Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung | 144,64 | 179,99 | 31,11 | 43,74 | 74,85 |
| 1774 | Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata | 5,86 | 7,29 | | 3,69 | 3,69 |
| 1775 | Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) - gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat - | 4,40 | 5,48 | | 2,69 | 2,69 |
| 1776 | Eröffnung eines Prostataabzesses vom Damm aus | 36,16 | 44,99 | 7,78 | 12,02 | 19,80 |
| 1777 | Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata | 90,30 | 112,37 | 31,11 | 47,85 | 78,96 |
| 1778 | Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral | 180,81 | 224,98 | 70,01 | 66,69 | 136,70 |
| 1779 | Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen | 253,10 | 314,98 | 70,01 | 78,42 | 148,43 |
| 1780 | Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz | 180,81 | 224,98 | 77,79 | 47,85 | 125,64 |
| 1781 | Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließ-muskels | 270,71 | 336,86 | 77,79 | 78,42 | 156,21 |
| 1782 | Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau | 108,48 | 135,01 | 15,66 | 28,04 | 43,70 |
| 1783 | Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung | 180,81 | 224,98 | 70,01 | 57,19 | 127,20 |
| 1784 | Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknoten-entfernung | 342,05 | 425,64 | 77,79 | 94,15 | 171,94 |
| 1785 | Zystoskopie | 20,22 | 25,17 | | 11,34 | 11,34 |
| 1786 | Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial | 34,69 | 43,18 | | 17,84 | 17,84 |
| 1787 | Kombinierte Zystourethroskopie | 24,62 | 30,64 | | 13,03 | 13,03 |
| 1788 | Zystoskopie mit Harnleitersondierung | 28,92 | 35,99 | | 14,87 | 14,87 |
| 1789 | Chromozystoskopie - einschließlich intravenöser Injektion - | 31,75 | 39,52 | 2,31 | 17,84 | 20,15 |
| 1790 | Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) - einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken - | 36,16 | 44,99 | | 19,68 | 19,68 |
| 1791 | Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung | 14,46 | 17,99 | | 8,48 | 8,48 |
| 1792 | Uroflowmetrie einschließlich Registrierung | 20,70 | 25,80 | | 12,62 | 12,62 |
| 1793 | Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i> | 39,08 | 48,66 | | 26,20 | 26,20 |
| 1794 | Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.</i> | 66,45 | 82,70 | | 44,46 | 44,46 |
| 1795 | Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung | 26,68 | 33,21 | | 17,84 | 17,84 |
| 1796 | Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation | 72,21 | 89,89 | 15,66 | 17,70 | 33,36 |
| 1797 | Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung | 34,69 | 43,18 | | 17,29 | 17,29 |
| 1798 | Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i> | 53,76 | 66,89 | | 35,96 | 35,96 |
| 1799 | Nierenbeckendruckmessung | 14,67 | 18,23 | | 8,64 | 8,64 |
| 1800 | Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 144,64 | 179,99 | | 39,63 | 39,63 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 1801 | Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten - gegebenenefalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters - | 144,64 | 179,99 | 38,89 | 44,46 | 83,35 |
| 1802 | Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle - auch einschließlich Probeexzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 1803 | Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig</i> | 108,48 | 135,01 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |
| 1804 | Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung | 180,81 | 224,98 | 38,89 | 47,85 | 86,74 |
| 1805 | Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion | 180,81 | 224,98 | 38,89 | 57,19 | 96,08 |
| 1806 | Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters | 216,94 | 269,98 | 54,34 | 111,01 | 165,35 |
| 1807 | Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon | 397,75 | 494,98 | 54,34 | 111,01 | 165,35 |
| 1808 | Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenefalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung - | 469,10 | 583,75 | 62,22 | 111,01 | 173,23 |
| 1809 | Totale retroperitoneale Lymphadenektomie | 450,52 | 560,66 | 62,22 | 111,01 | 173,23 |
| 1812 | Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters <i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i> | 33,24 | 41,34 | | 19,68 | 19,68 |
| 1814 | Harnleiterbougie | 87,96 | 109,44 | | 40,23 | 40,23 |
| 1815 | Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen - gegebenenefalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums - <i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | | 40,23 | 40,23 |
| 1816 | Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 47,02 | 58,51 | | 22,10 | 22,10 |
| 1817 | Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s) | 216,94 | 269,98 | 31,11 | 66,69 | 97,80 |
| 1818 | Ureterektomie - gegebenenefalls einschließlich Blasenmanschette - | 270,71 | 336,86 | 54,34 | 78,42 | 132,76 |
| 1819 | Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose | 366,48 | 456,06 | 38,89 | 166,06 | 204,95 |
| 1823 | Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig | 253,10 | 314,98 | 31,11 | 78,42 | 109,53 |
| 1824 | Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig | 325,43 | 404,99 | 54,34 | 111,01 | 165,35 |
| 1825 | Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik | 270,71 | 336,86 | 54,34 | 78,42 | 132,76 |
| 1826 | Eröffnung eines paranephritischen Abszesses | 45,27 | 56,32 | 7,78 | 17,70 | 25,48 |
| 1827 | Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie - gegebenenefalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistungen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 146,59 | 182,43 | | 40,50 | 40,50 |
| 1828 | Ureterpyeloskopie - gegebenenefalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung - | 146,59 | 182,43 | | 40,50 | 40,50 |
| 1829 | Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenefalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters) | 253,10 | 314,98 | 38,89 | 78,42 | 117,31 |
| 1829 a | Ureterolyse, als selbständige Leistung <i>Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | 108,48 | 135,01 | 31,11 | 47,85 | 78,96 |

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

L. Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2000 | Erstversorgung einer kleinen Wunde | 6,86 | 8,49 | | 3,40 | 3,40 |
| 2001 | Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht und/oder Gewebekleber Die Leistung ist bei Verwendung von Gewebekleber auch für die Versorgung von Wunden am Kopf und an den Händen sowie bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abzurechnen. | 12,71 | 15,80 | 5,41 | 4,10 | 9,51 |
| | Besondere Kosten bei Verwendung von Gewebekleber: 8,50 Euro | | | | | |
| 2002 | Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht | 15,63 | 19,46 | 5,47 | 6,23 | 11,70 |
| 2003 | Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde | 12,71 | 15,80 | | 7,23 | 7,23 |
| 2004 | Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht | 23,47 | 29,20 | 9,40 | 11,34 | 20,74 |
| 2005 | Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Wunddebridement und Naht, welche einen Zeitaufwand von in der Regel 15 Minuten (Schnitt-Naht-Zeit) erfordert. Der Operationsbericht ist dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist. Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 33,12 | 68,92 | 9,46 | 9,60 | 19,06 |
| 2006 | Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist - auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde - | 6,17 | 7,67 | | 3,97 | 3,97 |
| 2007 | Entfernung von Fäden oder Klammern | 3,90 | 4,87 | | 1,83 | 1,83 |
| 2008 | Wund- oder Fistelspaltung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i> | 8,79 | 10,95 | | 5,95 | 5,95 |
| 2009 | Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i> | 9,77 | 12,18 | | 5,67 | 5,67 |
| 2010 | Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen. Der tiefsitzende Fremdkörper ist im Operationsbericht oder durch Röntgenbild bzw. Foto zu dokumentieren und dem UV-Träger auf Anforderung nachzuweisen. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 31,38 | 111,15 | 7,78 | 11,04 | 18,82 |

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

I a. Wundbehandlung mit Vakuumversiegelungstherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten | nied. Ärzte |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| 2018 | Vakuumversiegelung Bei den Kosten handelt es sich um eine Tagespauschale. Mit der Pauschale sind alle Kosten einschließlich der Miete des Gerätes, aller Behandlungen und Materialkosten abgegolten. Sie kann für jeden Kalendertag der Behandlung mit Ausnahme des letzten Behandlungstages abgerechnet werden. | | 107,29 | | | | |
| 2019 | Erstanlage einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung Die Untersuchung, Beratung, Einweisung in Handhabung und Pflege des Systems, die Vorbereitung der Wunde und Anlage der Wundauflage sind Bestandteil der Leistung. Neben der Pauschale der Besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: 1, 2, 2000-2016, 2018, 2020-2065</i> | | 46,21 | 10,00 | 14,46 | 24,46 | 10,00 |
| 2020 | Wechsel einer Vakuumversiegelung - als selbstständige Leistung Der Wechsel der Wundauflage und des Behälters, die Behandlung an der Wunde sowie die Neuanlage der Wundauflage, die Untersuchung und Beratung sind Bestandteil der Leistung. Neben der Pauschale der Besonderen Kosten können keine weiteren Leistungen nach BG-Nebenkostentarif abgerechnet werden. Die Leistung kann maximal dreimal in der Kalenderwoche abgerechnet werden. <i>Daneben nicht abrechenbar: 1, 2, 2000-2016, 2018, 2020-2065</i> | | 31,63 | 10,00 | 7,22 | 17,22 | 10,00 |

II. Extremitätenchirurgie

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2066 | Eröffnung der Hohlhandphlegmone <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 43,97 | 54,72 | | 21,81 | 21,81 |
| 2067 | Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 162,23 | 201,88 | 15,03 | 47,85 | 62,88 |
| 2070 | Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 162,23 | 201,88 | 7,78 | 47,71 | 55,49 |
| 2071 | Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat | 180,81 | 224,98 | 22,60 | 54,10 | 76,70 |
| 2072 | Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | 7,78 | 16,00 | 23,78 |
| 2073 | Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht - gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 53,83 | 104,98 | 15,66 | 24,36 | 40,02 |
| 2074 | Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 107,49 | 133,78 | 15,66 | 19,40 | 35,06 |
| 2075 | Sehnenverkürzung oder -raffung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 7,78 | 25,47 | 33,25 |
| 2076 | Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 92,83 | 115,52 | 7,78 | 25,47 | 33,25 |
| 2080 | Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | 7,78 | 16,00 | 23,78 |
| 2081 | Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation - gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 15,66 | 24,20 | 39,86 |
| 2082 | Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 161,25 | 200,66 | 15,66 | 47,85 | 63,51 |
| 2083 | Freie Sehnentransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 161,25 | 200,66 | 23,33 | 47,85 | 71,18 |
| 2084 | Sehnenscheidenstenosenoperation - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 39,78 | 49,50 | 7,78 | 16,14 | 23,92 |
| 2087 | Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 15,66 | 24,20 | 39,86 |
| 2088 | Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 107,49 | 133,78 | 15,66 | 28,75 | 44,41 |
| 2089 | Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern - gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 175,92 | 218,89 | 23,33 | 60,88 | 84,21 |
| 2090 | Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung | 6,17 | 7,67 | | 3,97 | 3,97 |
| 2091 | Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 15,66 | 25,47 | 41,13 |
| 2092 | Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 73,31 | 91,20 | 7,78 | 21,66 | 29,44 |
| 2093 | Spülung bei liegender Drainage | 4,89 | 6,06 | | 3,13 | 3,13 |

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

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

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

V. Knochenchirurgie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2250 | Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | 7,78 | 22,52 | 30,30 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2251 | Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteo-synthese | 126,05 | 156,88 | 23,33 | 36,11 | 59,44 |
| 2252 | Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese | 180,81 | 224,98 | 23,33 | 48,54 | 71,87 |
| 2253 | Knochenspanentnahme <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 63,24 | 78,70 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 2254 | Implantation von Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 17,70 | 25,48 |
| 2255 | Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne) | 144,64 | 179,99 | 15,66 | 40,06 | 55,72 |
| 2256 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | 7,78 | 20,11 | 27,89 |
| 2257 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen | 78,19 | 97,29 | 15,66 | 25,47 | 41,13 |
| 2258 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken | 117,27 | 145,94 | 15,66 | 36,11 | 51,77 |
| 2259 | Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach | 146,59 | 182,43 | 7,78 | 40,06 | 47,84 |
| 2260 | Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 180,81 | 224,98 | 15,66 | 48,54 | 64,20 |
| 2263 | Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 162,23 | 201,88 | 31,11 | 62,15 | 93,26 |
| 2265 | Resektion eines großen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) - | 270,71 | 336,86 | 54,34 | 85,80 | 140,14 |
| 2266 | Resektion eines Darmbeinknochens | 180,81 | 224,98 | 54,34 | 48,54 | 102,88 |
| 2267 | Knochenzerbrechung | 45,27 | 56,32 | | 8,20 | 8,20 |
| 2268 | Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 175,92 | 218,89 | 15,66 | 48,54 | 64,20 |
| 2269 | Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 175,92 | 218,89 | 23,33 | 48,54 | 71,87 |
| 2273 | Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 7,78 | 31,86 | 39,64 |
| 2274 | Osteotomie eines großen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors - | 180,81 | 224,98 | 23,33 | 48,54 | 71,87 |
| 2275 | Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie | 225,76 | 280,93 | 38,89 | 72,06 | 110,95 |
| 2276 | Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese | 270,71 | 336,86 | 46,78 | 79,43 | 126,21 |
| 2277 | Redressement einer Beinverkrümmung | 55,43 | 68,95 | | 9,77 | 9,77 |
| 2278 | Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik) | 342,05 | 425,64 | 54,34 | 93,59 | 147,93 |
| 2279 | Chemonukleolyse <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 58,61 | 72,95 | | 14,87 | 14,87 |
| 2280 | Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen | 110,91 | 138,02 | | 31,86 | 31,86 |
| 2281 | Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 136,79 | 170,27 | 38,89 | 37,94 | 76,83 |
| 2282 | Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzel-lösung, Prolapsabtragung und Bandscheiben-ausräumung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 144,64 | 179,99 | 38,89 | 40,06 | 78,95 |
| 2283 | Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie) | 180,81 | 224,98 | 38,89 | 48,54 | 87,43 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2284 | Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283 | 54,15 | 67,39 | 7,78 | 9,77 | 17,55 |
| 2285 | Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes - einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung - | 144,64 | 179,99 | 23,33 | 40,06 | 63,39 |
| 2286 | Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese - einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material - | 244,30 | 304,04 | 38,89 | 79,43 | 118,32 |
| 2287 | Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung | 361,57 | 449,98 | 46,78 | 95,87 | 142,65 |
| 2288 | Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287 | 53,76 | 66,89 | 7,78 | 9,77 | 17,55 |
| 2289 | Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule - einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung - | 390,90 | 486,47 | 46,78 | 114,41 | 161,19 |
| 2290 | Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/-oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang - auch mit Knocheneinpflanzung - | 270,71 | 336,86 | 46,78 | 107,89 | 154,67 |
| 2291 | Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose | 89,91 | 111,89 | 15,66 | 25,47 | 41,13 |
| 2292 | Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333 | 108,48 | 135,01 | 31,11 | 44,46 | 75,57 |
| 2293 | Operation einer Steißbeinfistel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | 7,78 | 13,03 | 20,81 |
| 2294 | Steißbeinresektion | 54,15 | 67,39 | 15,66 | 17,70 | 33,36 |
| 2295 | Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 45,27 | 56,32 | 7,78 | 22,52 | 30,30 |
| 2296 | Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 11,77 | 31,86 | 43,63 |
| 2297 | Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 115,33 | 143,49 | 15,66 | 85,80 | 101,46 |

VI. Frakturbehandlung

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2328 | Einrichtung gebrochener Unterarmknochen | 33,33 | 41,48 | | 6,94 | 6,94 |
| 2329 | Einrichtung des gebrochenen Beckens | 46,23 | 57,54 | | 10,76 | 10,76 |
| 2330 | Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens | 73,97 | 92,06 | | 13,03 | 13,03 |
| 2331 | Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes | 22,18 | 27,60 | | 5,10 | 5,10 |
| 2332 | Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen | 244,30 | 304,04 | 38,89 | 79,43 | 118,32 |
| 2333 | Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen | 361,57 | 449,98 | 46,78 | 95,87 | 142,65 |
| 2334 | Operative Stabilisierung einer Brustwandseite | 273,63 | 340,53 | 38,89 | 135,49 | 174,38 |
| 2335 | Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen | 46,23 | 57,54 | | 5,80 | 5,80 |
| 2336 | Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe - auch mit Fremdmaterial - | 63,54 | 79,04 | 23,33 | 9,77 | 33,10 |
| 2337 | Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen | 7,43 | 9,24 | | 3,69 | 3,69 |
| 2338 | Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedern der Fingerknochen | 14,86 | 18,48 | | 6,94 | 6,94 |
| 2338 a | Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese - | 18,08 | 22,49 | 7,78 | 4,10 | 11,88 |
| 2339 | Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen oder des knöchernen Strecksehnenaurisses am Endglied der Finger mit Osteosynthese <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 76,52 | 227,79 | 7,78 | 26,87 | 34,65 |
| 2340 | Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches | 54,15 | 67,39 | 15,66 | 13,03 | 28,69 |
| 2344 | Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teil-exstirpation | 108,48 | 135,01 | 23,33 | 29,59 | 52,92 |
| 2345 | Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches | 90,30 | 112,37 | 31,11 | 26,33 | 57,44 |
| 2346 | Beck'sche Bohrung | 27,16 | 33,81 | 5,47 | 8,20 | 13,67 |
| 2347 | Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 30,64 | 227,66 | 11,77 | 6,96 | 18,73 |
| 2348 | Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 45,97 | 227,66 | 11,77 | 14,99 | 26,76 |
| 2349 | Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 31,11 | 29,59 | 60,70 |
| 2350 | Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch | 162,23 | 201,88 | 31,11 | 62,15 | 93,26 |
| 2351 | Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses | 144,64 | 179,99 | 31,11 | 54,10 | 85,21 |
| 2352 | Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch | 216,94 | 269,98 | 31,11 | 85,80 | 116,91 |
| 2353 | Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen - auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 30,64 | 61,38 | 7,78 | 3,49 | 11,27 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2354 | Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen . Anmerkung: Die Stellschraubenentfernung ist nach Nr. 2353 zu berechnen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 90,30 | 112,37 | 23,33 | 26,89 | 50,22 |
| 2355 | Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 23,33 | 28,75 | 52,08 |
| 2356 | Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner - auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 144,64 | 179,99 | 31,11 | 45,01 | 76,12 |
| 2357 | Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation | 270,71 | 336,86 | 54,34 | 79,43 | 133,77 |
| 2358 | Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge | 205,23 | 255,37 | 38,89 | 79,43 | 118,32 |

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2380 | Überpflanzung von Epidermisstücken <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 30,29 | 37,71 | 5,47 | 9,05 | 14,52 |
| 2381 | Einfache Hautlappenplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 86,40 | 108,00 | 5,47 | 7,68 | 13,15 |
| 2382 | Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 86,40 | 108,00 | 15,66 | 14,99 | 30,65 |
| 2383 | Vollhauttransplantation - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 97,71 | 121,61 | 15,66 | 38,37 | 54,03 |
| 2384 | Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 11,77 | 17,70 | 29,47 |
| 2385 | Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates - auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 117,27 | 145,94 | 15,66 | 38,37 | 54,03 |
| 2386 | Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 67,22 | 83,67 | 7,78 | 17,70 | 25,48 |
| 2390 | Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 129,97 | 161,74 | 15,66 | 38,37 | 54,03 |
| 2391 | Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen | 146,59 | 182,43 | 15,66 | 46,29 | 61,95 |
| 2392 | Anlage eines Rundstiellappens | 87,96 | 109,44 | 7,78 | 26,33 | 34,11 |
| 2392 a | Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe - einschließlich plastischer Deckung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 97,71 | 121,61 | 23,33 | 38,37 | 61,70 |
| 2393 | Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 17,70 | 25,48 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2394 | Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 215,00 | 267,55 | 15,66 | 85,80 | 101,46 |
| 2395 | Gekreuzte Beinlappenplastik | 244,30 | 304,04 | 23,33 | 85,80 | 109,13 |
| 2396 | Implantation eines Hautexpanders <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 87,96 | 109,44 | 15,66 | 43,74 | 59,40 |
| 2397 | Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 58,61 | 72,95 | 15,66 | 29,01 | 44,67 |
| 2400 | Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche | 10,85 | 13,49 | 5,47 | 3,69 | 9,16 |
| 2401 | Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe) | 13,00 | 16,16 | 5,47 | 5,10 | 10,57 |
| 2402 | Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 36,16 | 44,99 | 7,78 | 13,03 | 20,81 |
| 2403 | Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst, auch am Kopf und an den Händen. Exzisionen von kleinen histologisch gesicherten malignen Tumoren am Kopf und an den Händen, die mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder mit Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie einhergehen und gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden, fallen unter die UV-GOÄ 2404. Punktionen, Kürettagen der Haut und Shave-Exzisionen ohne Wundverschluss mittels Naht fallen nicht unter diese Definition. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442a</i> | 11,01 | 13,70 | 5,47 | 4,32 | 9,79 |
| 2404 | Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Faszien- und Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom). Operationsbericht und histologischer Befund sind dem UV-Träger auf Anforderung vorzulegen. <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 87,03 | 108,80 | 7,78 | 11,04 | 18,82 |
| 2405 | Entfernung eines Schleimbeutels <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 30,64 | 91,02 | 7,78 | 11,04 | 18,82 |
| 2407 | Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst - gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln - und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes | 225,76 | 280,93 | 38,89 | 71,34 | 110,23 |
| 2408 | Ausräumung des Lymphstromgebietes einer Axilla | 107,49 | 133,78 | 23,33 | 36,97 | 60,30 |
| 2410 | Operation eines Mammatumors <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,21 | 89,89 | 7,78 | 13,60 | 21,38 |
| 2411 | Absetzen einer Brustdrüse | 90,30 | 112,37 | 23,33 | 13,60 | 36,93 |
| 2412 | Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur | 136,79 | 170,27 | 31,11 | 46,29 | 77,40 |
| 2413 | Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation) | 225,76 | 280,93 | 31,11 | 71,34 | 102,45 |
| 2414 | Reduktionsplastik der Mamma | 273,63 | 340,53 | 31,11 | 91,60 | 122,71 |
| 2415 | Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese - | 195,46 | 243,21 | 31,11 | 76,31 | 107,42 |
| 2416 | Aufbauplastik nach Mammaamputation - gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese - | 293,18 | 364,86 | 31,11 | 91,60 | 122,71 |
| 2417 | Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 78,19 | 97,29 | 15,66 | 25,47 | 41,13 |
| 2418 | Replantation einer verpflanzten Mamille <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 78,19 | 97,29 | 15,66 | 25,47 | 41,13 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2419 | Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 117,27 | 145,94 | 15,66 | 38,37 | 54,03 |
| 2420 | Implantation oder operativer Austausch einer Mammoprothese, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 107,49 | 133,78 | 15,66 | 38,37 | 54,03 |
| 2421 | Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 58,61 | 72,95 | 7,78 | 29,01 | 36,79 |
| 2427 | Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) - auch mit Drainage(n) - | 39,08 | 48,66 | 5,47 | 13,88 | 19,35 |
| 2428 | Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels | 7,81 | 9,73 | | 3,69 | 3,69 |
| 2429 | Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling) | 21,51 | 26,76 | | 9,20 | 9,20 |
| 2430 | Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 29,60 | 36,84 | | 11,75 | 11,75 |
| 2431 | Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 37,03 | 46,07 | | 13,03 | 13,03 |
| 2432 | Eröffnung einer Phlegmone | 46,23 | 57,54 | | 13,03 | 13,03 |
| 2440 | Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 78,19 | 97,29 | 7,78 | 25,47 | 33,25 |
| 2441 | Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 39,08 | 48,66 | 7,78 | 13,88 | 21,66 |
| 2442 | Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 87,96 | 109,44 | 15,66 | 31,86 | 47,52 |
| 2443 | Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides | 78,19 | 97,29 | 15,66 | 25,47 | 41,13 |
| 2444 | Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid | 29,32 | 36,49 | 5,47 | 10,76 | 16,23 |
| 2450 | Operation des Rhinophyms | 58,61 | 72,95 | 7,78 | 24,93 | 32,71 |
| 2451 | Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung - einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie - | 244,30 | 304,04 | 23,33 | 79,43 | 102,76 |
| 2452 | Exstirpation einer Fettschürze - einschließlich plastischer Deckung des Grundes - | 136,79 | 170,27 | 23,33 | 46,29 | 69,62 |
| 2453 | Operation des Lymphödems einer Extremität | 195,46 | 243,21 | 31,11 | 76,31 | 107,42 |
| 2454 | Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität | 90,30 | 112,37 | 15,66 | 13,60 | 29,26 |

VIII. Neurochirurgie

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2561 | Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation | 451,49 | 561,86 | 30,27 | 215,78 | 246,05 |
| 2562 | Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 - gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern - | 219,86 | 273,63 | | 43,89 | 43,89 |
| 2563 | Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis | 225,76 | 280,93 | 22,60 | 85,80 | 108,40 |
| 2564 | Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark | 469,10 | 583,75 | 22,60 | 215,78 | 238,38 |
| 2565 | Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich - einschließlich Foraminotomie - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 - | 400,68 | 498,62 | 22,60 | 166,06 | 188,66 |
| 2566 | Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich - gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 293,18 | 364,86 | 22,60 | 103,65 | 126,25 |
| 2570 | Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes - | 439,77 | 547,26 | 15,03 | 215,78 | 230,81 |
| 2570 a | Nervenstimulator-Aggregatwechsel <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 108,48 | 135,01 | 15,03 | 34,40 | 49,43 |
| 2571 | Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele | 258,96 | 322,28 | 15,03 | 79,43 | 94,46 |
| 2572 | Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik | 315,66 | 392,83 | 22,60 | 103,65 | 126,25 |
| 2573 | Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584 | 48,87 | 60,82 | 15,03 | 12,88 | 27,91 |
| 2574 | Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal | 268,75 | 334,44 | 30,27 | 87,23 | 117,50 |
| 2575 | Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal | 342,05 | 425,64 | 30,27 | 93,59 | 123,86 |
| 2576 | Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors | 439,77 | 547,26 | 30,27 | 215,78 | 246,05 |
| 2577 | Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses | 390,90 | 486,47 | 30,27 | 166,06 | 196,33 |
| 2580 | Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 54,15 | 67,39 | 7,67 | 14,72 | 22,39 |
| 2581 | Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes | 90,30 | 112,37 | 15,03 | 31,86 | 46,89 |
| 2582 | Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung | 175,92 | 218,89 | 22,60 | 76,31 | 98,91 |
| 2583 | Neurolyse, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 90,30 | 112,37 | 15,03 | 31,86 | 46,89 |
| 2584 | Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 144,64 | 179,99 | 22,60 | 46,29 | 68,89 |
| 2585 | Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/ Armbereich | 254,08 | 316,21 | 15,03 | 85,80 | 100,83 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2586 | End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließlich Wundversorgung - <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 131,92 | 164,18 | 15,03 | 40,34 | 55,37 |
| 2587 | Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 180,81 | 224,98 | 15,03 | 76,31 | 91,34 |
| 2588 | Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 205,23 | 255,37 | 15,03 | 79,43 | 94,46 |
| 2589 | Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582) <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 234,54 | 291,87 | 22,60 | 85,80 | 108,40 |
| 2590 | Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie - | 293,18 | 364,86 | 22,60 | 103,65 | 126,25 |
| 2591 | Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und peri-neuraler mikrochirurgischer Naht | 586,37 | 729,69 | 30,27 | 249,18 | 279,45 |
| 2592 | Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung | 175,92 | 218,89 | 15,03 | 76,74 | 91,77 |
| 2593 | Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung | 270,71 | 336,86 | 22,60 | 87,23 | 109,83 |
| 2594 | Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht | 293,18 | 364,86 | 15,03 | 103,65 | 118,68 |
| 2595 | Nervenpfropfung | 156,39 | 194,60 | 15,03 | 46,29 | 61,32 |
| 2596 | Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven | 234,54 | 291,87 | 22,60 | 85,80 | 108,40 |
| 2597 | Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri | 68,42 | 85,13 | 7,67 | 24,20 | 31,87 |
| 2598 | Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri | 136,79 | 170,27 | 7,67 | 46,29 | 53,96 |
| 2599 | Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis | 21,98 | 27,37 | 7,67 | 9,05 | 16,72 |
| 2600 | Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis | 146,59 | 182,43 | 15,03 | 54,50 | 69,53 |
| 2601 | Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich | 97,71 | 121,61 | 15,03 | 31,86 | 46,89 |
| 2602 | Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion | 144,64 | 179,99 | 15,03 | 54,50 | 69,53 |
| 2603 | Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion | 293,18 | 364,86 | 15,03 | 103,65 | 118,68 |
| 2604 | Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal | 144,64 | 179,99 | 15,03 | 54,50 | 69,53 |

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 2640 | Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte | 117,27 | 145,94 | 15,66 | 58,05 | 73,71 |
| 2642 | Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte | 180,81 | 224,98 | 15,66 | 89,63 | 105,29 |
| 2650 | Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 72,32 | 89,97 | 7,78 | 35,81 | 43,59 |
| 2651 | Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 53,76 | 66,89 | 7,78 | 26,62 | 34,40 |
| 2655 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 92,83 | 115,52 | 7,78 | 46,16 | 53,94 |
| 2656 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 60,61 | 75,41 | 7,78 | 30,15 | 37,93 |
| 2657 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 74,28 | 92,42 | 7,78 | 36,80 | 44,58 |
| 2658 | Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion | 48,87 | 60,82 | 7,78 | 24,20 | 31,98 |
| 2660 | Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 39,08 | 48,66 | 7,78 | 19,40 | 27,18 |
| 2670 | Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 443</i> | 48,87 | 60,82 | 11,77 | 24,20 | 35,97 |
| 2671 | Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676 <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 442</i> | 29,32 | 36,49 | 11,77 | 14,57 | 26,34 |
| 2675 | Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 444</i> | 83,07 | 103,38 | 11,77 | 41,20 | 52,97 |
| 2676 | Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer | 215,00 | 267,55 | 11,77 | 106,61 | 118,38 |
| 2677 | Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung | 68,42 | 85,13 | 11,77 | 34,00 | 45,77 |
| 2680 | Einrenkung der Luxation des Unterkiefers | 9,77 | 12,18 | | 4,96 | 4,96 |
| 2681 | Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers | 39,08 | 48,66 | | 19,40 | 19,40 |
| 2682 | Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 136,79 | 170,27 | 11,77 | 67,67 | 79,44 |
| 2685 | Reposition eines Zahnes | 19,53 | 24,32 | 5,47 | 9,63 | 15,10 |
| 2686 | Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes | 29,32 | 36,49 | 7,78 | 14,57 | 22,35 |
| 2687 | Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes <i>Bei Amb. Op.: ggf. Zuschlag nach Nr. 445</i> | 127,03 | 158,11 | | 63,01 | 63,01 |

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

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

X. Halsschirurgie

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

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

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

2. Arterienchirurgie

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

3. Venenchirurgie

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

4. Sympathikuschirurgie

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

XII. Thoraxchirurgie

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

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

XIII. Herzchirurgie

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

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

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

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

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

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

XV. Hernienchirurgie

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

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

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3301 | Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung | 46,23 | 57,54 | | 8,09 | 8,09 |
| 3302 | Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301 | 22,18 | 27,60 | | 5,10 | 5,10 |
| 3305 | Chirotherapeutische Mobilisation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung, je Sitzung | | | | | |
| | Die Behandlung kann nur von D-Ärzten oder von diesen hinzugezogenen Ärzten erfolgen, die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen. | 14,46 | 17,99 | | 3,69 | 3,69 |
| | Die Gelenke der Hand oder des Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk. Die Wirbelsäule ist als ein Abschnitt zu sehen. Die Leistung ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelnden Gelenke sind in der Rechnung anzugeben. | | | | | |
| 3306 | Chirotherapeutische Manipulation an der Wirbelsäule oder einem Extremitätengelenk einschließlich vorheriger funktioneller Untersuchung und Probezug, je Sitzung | | | | | |
| | Die Behandlung kann nur von D-Ärzten oder von diesen hinzugezogenen Ärzten erfolgen, die über eine Weiterbildung „Manuelle Medizin bzw. Chirotherapie“ verfügen. Andere Ärzte, die über diese Weiterbildung verfügen, können diese Leistung nur nach vorheriger Kostenzusage des UV-Trägers abrechnen. | 14,46 | 17,99 | | 3,69 | 3,69 |
| | Die Gelenke der Hand oder des Fußes gelten jeweils als ein Extremitätengelenk. Die Wirbelsäule ist als ein Abschnitt zu sehen. Die Leistung ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig. Die behandelten Gelenke sind in der Rechnung anzugeben. | | | | | |
| 3310 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv | 7,43 | 9,24 | 3,89 | 3,26 | 7,15 |
| 3311 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm einschließlich Hand oder für einen Unterschenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Unterschenkelstumpf | 14,86 | 18,48 | 9,46 | 6,94 | 16,40 |
| 3312 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung | 18,47 | 22,98 | 21,65 | 8,20 | 29,85 |
| 3313 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein | 29,60 | 36,84 | 24,18 | 8,20 | 32,38 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3314 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter | 37,03 | 46,07 | 28,70 | 9,77 | 38,47 |
| 3315 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken | 46,23 | 57,54 | 42,78 | 9,77 | 52,55 |
| 3316 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf | 73,97 | 92,06 | 42,78 | 9,77 | 52,55 |
| 3317 | Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm | 92,44 | 115,04 | 56,97 | 16,00 | 72,97 |
| 3318 | Abnahme orthopädische Schuhe. Die Abnahme ist mit der Rechnungslegung zu dokumentieren. | 39,67 | 39,67 | | | |
| 3319 | Abnahme Prothesen. Die Abnahme ist mit der Rechnungslegung zu dokumentieren. | 39,67 | 39,67 | | | |
| 3320 | Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels <i>Unter "Große orthopädische Hilfsmittel" sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter "Anpassen" ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i> | 9,28 | 11,54 | | 2,69 | 2,69 |
| 3321 | Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunst-glied) | 14,86 | 18,48 | | 3,69 | 3,69 |

XVII. Arthroskopie

Allgemeine Bestimmungen

Teil A.

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

Teil B. Geräte, Materialien

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

Teil C. Leistungen/Gebühren

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

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

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

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

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

M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3500 | Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung <i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i> | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 3501 | Blutkörperchengeschwindigkeit (BKS, BSG) | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3502 | Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 3503 | Hämatokrit | 5,79 | 5,79 | | 2,65 | 2,65 |

Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3504 | Erythrozyten | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3505 | Leukozyten | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3506 | Thrombozyten | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3508 | Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punktate, Sekrete, Stuhl) | 6,63 | 6,63 | | 3,00 | 3,00 |
| 3509 | Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material | 8,28 | 8,28 | | 3,73 | 3,73 |
| 3510 | Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 3511 | Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung <i>Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i> | 4,14 | 4,14 | | 1,81 | 1,81 |

Untersuchung der Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße

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

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Höchstwerte

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|---------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3541 .H | Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3550 | Blutbild und Blutbildbestandteile <i>Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden: Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/ oder Thrombozytenzahl.</i> | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3551 | Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550 | 1,66 | 1,66 | | 0,72 | 0,72 |
| 3552 | Retikulozytenzahl | 5,79 | 5,79 | | 2,65 | 2,65 |

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

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

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

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

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

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

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

5. Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

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

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

6. Gerinnungssystem

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

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmung

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

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

8. Spurenelemente

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

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

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

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3650 | Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung <i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i> | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3651 | Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten | 5,79 | 5,79 | | 2,65 | 2,65 |
| 3652 | Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung | 2,91 | 2,91 | | 1,92 | 1,92 |
| 3653 | Urinsediment, mikroskopisch | 4,14 | 4,14 | | 1,81 | 1,81 |
| 3654 | Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch | 6,63 | 6,63 | | 3,00 | 3,00 |

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

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

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3680 | Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 3681 | Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 3682 | Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 3683 | Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leuko-zytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leu-kozytenperoxidase oder PAS), je Färbung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 3686 | Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch | 5,79 | 5,79 | | 2,65 | 2,65 |
| 3688 | Osmotische Resistenz der Erythrozyten | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 3689 | Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch | 13,24 | 13,24 | | 5,89 | 5,89 |
| 3690 | Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch | 14,90 | 14,90 | | 6,60 | 6,60 |
| 3691 | Hämoglobinelektrophorese | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 3692 | Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3693 | Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 3694 | Lymphozytentransformationstest | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 3695 | Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test) | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 3696 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfach-markierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 3697 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum <i>Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.</i> | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 3698 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Anti-serum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden | 37,26 | 37,26 | | 16,56 | 16,56 |
| 3699 | Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immun-fluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum <i>Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.</i> | 29,81 | 29,81 | | 13,20 | 13,20 |
| 3700 | Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatika-sensibilität | 165,62 | 165,62 | | 73,66 | 73,66 |

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

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

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

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

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

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

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

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

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

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination

Antikörper gegen

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

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

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

9. Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3890 | Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Mischallergentest (z. B. RAST), im Einzelsatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 3891 | Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest (z. B. RAST), im Einzelsatz, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 3892 | Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger | 16,56 | 16,56 | | 7,32 | 7,32 |
| 3893 | Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen - gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt | 41,41 | 41,41 | | 18,36 | 18,36 |
| 3894 | Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen - gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE -, insgesamt | 74,53 | 74,53 | | 33,11 | 33,11 |
| 3895 | Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion | 91,09 | 91,09 | | 40,55 | 40,55 |
| 3896 | Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 3897 | Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 3898 | Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 37,26 | 37,26 | | 16,56 | 16,56 |

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

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

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

11. Nucleinsäuren und ihre Metabolite

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

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

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

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

Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplettsystems

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

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

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

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3984 | im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 3985 | im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Cw, Kell, Du, Duffy), je Merkmal | 16,56 | 16,56 | | 7,32 | 7,32 |
| 3986 | im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal | 29,81 | 29,81 | | 13,20 | 13,20 |
| <i>Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | | |
| 3987 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) | 11,59 | 11,59 | | 5,17 | 5,17 |
| 3988 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) | 16,56 | 16,56 | | 7,32 | 7,32 |
| 3989 | Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation | 4,97 | 4,97 | | 2,16 | 2,16 |
| 3990 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu | 5,79 | 5,79 | | 2,65 | 2,65 |
| 3991 | Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu | 8,28 | 8,28 | | 3,73 | 3,73 |
| 3992 | Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation | 2,48 | 2,48 | | 1,08 | 1,08 |
| 3993 | Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992 | 33,12 | 33,12 | | 14,76 | 14,76 |
| 3994 | Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälte-agglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen) | 11,59 | 11,59 | | 5,17 | 5,17 |
| 3995 | Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 3996 | Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden | 49,68 | 49,68 | | 22,08 | 22,08 |
| 3997 | Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 3998 | Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 3999 | Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung | 29,81 | 29,81 | | 13,20 | 13,20 |
| 4000 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest | 16,56 | 16,56 | | 7,32 | 7,32 |
| 4001 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System <i>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i> | 24,85 | 24,85 | | 11,04 | 11,04 |
| 4002 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle | 8,28 | 8,28 | | 3,73 | 3,73 |
| 4003 | Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung | 33,12 | 33,12 | | 14,76 | 14,76 |
| 4004 | Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4005 | Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004 | 248,42 | 248,42 | | 110,38 | 110,38 |
| 4006 | Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum | 2,48 | 2,48 | | 1,08 | 1,08 |
| 4007 | Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006 | 298,11 | 298,11 | | 132,45 | 132,45 |
| 4008 | Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt | 207,03 | 207,03 | | 92,02 | 92,02 |
| 4009 | Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt | 223,59 | 223,59 | | 99,34 | 99,34 |
| 4010 | HLA-Isoantikörperrnachweis | 66,24 | 66,24 | | 29,40 | 29,40 |
| 4011 | Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt | 132,49 | 132,49 | | 58,92 | 58,92 |
| 4012 | Serologische Verträglichkeitsprobe im GewebeHLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4013 | Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen - | 380,92 | 380,92 | | 169,28 | 169,28 |
| 4014 | Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person | 190,46 | 190,46 | | 84,70 | 84,70 |

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4035 | 17-Alpha-Hydroxyprogesteron | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4036 | Androstendion | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4037 | Dehydroepiandrosteron (DHEA) | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4038 | Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS) | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4039 | Östradiol | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4040 | Progesteron | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4041 | Prolaktin | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4042 | Testosteron | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4043 | Wachstumshormon (HGH) | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4044 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| | <i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | |
| 4045 | Aldosteron | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4046 | C-Peptid | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4047 | Calcitonin | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4048 | cAMP | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4049 | Corticotropin (ACTH) | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4050 | Erythropoetin | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4051 | Gastrin | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4052 | Glukagon | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4053 | Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4054 | Osteocalcin | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4055 | Oxytocin | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4056 | Parathormon | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4057 | Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4058 | Reninkonzentration | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4060 | Somatomedin | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4061 | Vasopressin (Adiuretin, ADH) | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| 4062 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 39,75 | 39,75 | | 17,64 | 17,64 |
| | <i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | |
| 4064 | Gastric inhibitory Polypeptid (GIP) | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4065 | Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH) | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4066 | Pankreatisches Polypeptid (PP) | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4067 | Parathyroid hormone related peptide | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4068 | Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP) | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| 4069 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 62,11 | 62,11 | | 27,59 | 27,59 |
| | <i>Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | |
| 4070 | Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper - | 74,53 | 74,53 | | 33,11 | 33,11 |

Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4071 | 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES) | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4072 | Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4073 | Homovanillinsäure im Urin (HVA) | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4074 | Metanephrine | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4075 | Serotonin | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4076 | Steroidprofil | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4077 | Vanillinmandelsäure (VMA) | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4078 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| | <i>Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie. Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | |
| 4079 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4080 | 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4081 | Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l) | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4082 | Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 11,59 | 11,59 | | 5,17 | 5,17 |
| 4083 | Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4084 | Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch | 47,20 | 47,20 | | 21,00 | 21,00 |
| 4085 | Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4086 | Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung - | 99,37 | 99,37 | | 44,15 | 44,15 |
| 4087 | Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung - | 99,37 | 99,37 | | 44,15 | 44,15 |
| 4088 | Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung - | 99,37 | 99,37 | | 44,15 | 44,15 |
| 4089 | Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - | 37,26 | 37,26 | | 16,56 | 16,56 |

15. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmung

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

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

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

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

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

17. Spurenelemente, Vitamine

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

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie

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

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve

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

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

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

Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4286 | Borrelia burgdorferi | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4287 | Campylobacter | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4288 | Coxiella burneti | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4289 | Leptospiren (IgA, IgG oder IgM) | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4290 | Mycoplasma pneumoniae | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4291 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden

Antikörper gegen

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

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4300 | Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (PaulBunnel-Test); Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4301 | Röteln-Virus | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4302 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand; Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinations-hemmung, Latex-Agglutination) <i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |

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

Antikörper gegen

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

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

Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden

Antikörper gegen

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

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4415 | Candida albicans | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4416 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4418 | Candida albicans | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4419 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4421 | Aspergillus | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4422 | Candida albicans | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4423 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4425 | Aspergillus | 19,88 | 19,88 | | 8,88 | 8,88 |
| 4426 | Candida albicans | 19,88 | 19,88 | | 8,88 | 8,88 |
| 4427 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 19,88 | 19,88 | | 8,88 | 8,88 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4430 | Echinokokken | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4431 | Schistosomen | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4432 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4435 | Echinokokken | 19,88 | 19,88 | | 8,88 | 8,88 |
| 4436 | Schistosomen | 19,88 | 19,88 | | 8,88 | 8,88 |
| 4437 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 19,88 | 19,88 | | 8,88 | 8,88 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4440 | Entamoeba histolytica | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4441 | Leishmanien | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4442 | Plasmodien | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4443 | Pneumocystis carinii | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4444 | Schistosomen | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4445 | Toxoplasma gondii | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4446 | Trypanosoma cruzi | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4447 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4448 | Entamoeba histolytica | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4449 | Leishmanien | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4450 | Pneumocystis carinii | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4451 | Plasmodien | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4452 | Schistosomen | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4453 | Toxoplasma gondii | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4454 | Trypanosoma cruzi | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |
| 4455 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 42,23 | 42,23 | | 18,85 | 18,85 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4456 | Echinokokken | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4457 | Entamoeba histolytica | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4458 | Leishmanien | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4459 | Toxoplasma gondii | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4460 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

Antikörper gegen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4461 | Toxoplasma gondii | 19,05 | 19,05 | | 8,52 | 8,52 |
| 4462 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 19,05 | 19,05 | | 8,52 | 8,52 |
| 4465 | Entamoeba histolytica | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4466 | Leishmanien | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4467 | Schistosomen | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4468 | Toxoplasma gondii | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4469 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4500 | Betahämolyisierende Streptokokken Typ B | 10,76 | 10,76 | | 4,80 | 4,80 |
| 4501 | Hämophilus influenzae Kapseltyp b | 10,76 | 10,76 | | 4,80 | 4,80 |
| 4502 | Neisseria meningitidis Typen A und B | 10,76 | 10,76 | | 4,80 | 4,80 |
| 4503 | Streptococcus pneumoniae | 10,76 | 10,76 | | 4,80 | 4,80 |
| 4504 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 10,76 | 10,76 | | 4,80 | 4,80 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4506 | Methylenblaufärbung | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |
| 4508 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 7,46 | 7,46 | | 3,35 | 3,35 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

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

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

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

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4520 | Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4521 | Enteropathogene Escherichia coli-Stämme | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4522 | Legionellen | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4523 | Neisseria meningitidis | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4524 | Neisseria gonorrhoeae | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4525 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung/Gewebekultur

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4530 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | 6,63 | 6,63 | | 3,00 | 3,00 |
| 4531 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium <i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | 8,28 | 8,28 | | 3,73 | 3,73 |
| 4532 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium | 8,28 | 8,28 | | 3,73 | 3,73 |
| 4533 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4538 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4539 | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i> | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4540 | Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial | 33,12 | 33,12 | | 14,76 | 14,76 |
| 4541 | Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |
| 4542 | Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4543 | Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung | 41,41 | 41,41 | | 18,36 | 18,36 |

c. Identifizierung/Typisierung

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

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

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

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

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

Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4572 | Beta-hämolysierende Streptokokken | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4573 | Escherichia coli | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4574 | Salmonellen | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4575 | Shigellen | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4576 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4578 | Brucellen | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4579 | Pseudomonaden | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4580 | Staphylokokken | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4581 | Salmonellen | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4582 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4584 | Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4585 | Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung | 28,99 | 28,99 | | 12,84 | 12,84 |

d. Toxinnachweis

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

Katalog

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4590 | Clostridium difficile, tetani oder botulinum | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4591 | Enteropathogene Escherichia coli-Stämme | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4592 | Staphylococcus aureus | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4593 | Vibrionen | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4594 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4596 | Clostridium botulinum | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4597 | Corynebacterium diphtheriae | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4598 | Staphylokokkentoxin | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4599 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

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

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

e. Keimzahl, Hemmstoffe

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

f. Empfindlichkeitstestung

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4610 | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz <i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i> | 1,66 | 1,66 | | 0,72 | 0,72 |
| 4611 | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz | 2,48 | 2,48 | | 1,08 | 1,08 |
| 4612 | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz | 4,14 | 4,14 | | 1,81 | 1,81 |
| 4613 | Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz | 6,22 | 6,22 | | 2,76 | 2,76 |
| 4614 | Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a. Untersuchungen im Nativmaterial

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

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

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

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

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

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

b. Züchtung

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

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4675 | Adeno-Viren | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4676 | Influenza-Viren | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4677 | Parainfluenza-Viren | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4678 | Rota-Viren | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4679 | Respiratory syncytial virus | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4680 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4705 | Aspergillus | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4706 | Candida | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4707 | Kryptokokkus neoformans | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4708 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| | <i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i> | | | | | |
| 4710 | Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material; Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen | 6,63 | 6,63 | | 3,00 | 3,00 |
| 4711 | Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4712 | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4713 | Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

b. Züchtung

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

c. Identifizierung/Charakterisierung

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

d. Empfindlichkeitstestung

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

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

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

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

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

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

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4753 | Giemsafärbung (Blutausstrich) (z. B. Malaria Plasmodien) | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4754 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4756 | Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung | 16,56 | 16,56 | | 7,32 | 7,32 |
| 4757 | Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4758 | Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum | 24,02 | 24,02 | | 10,68 | 10,68 |
| 4759 | Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

b. Züchtung

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4760 | Amöben | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4761 | Lamblien | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4762 | Trichomonaden | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |
| 4763 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

c. Identifizierung

Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4765 | Trichomonaden | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4766 | Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 9,93 | 9,93 | | 4,44 | 4,44 |
| 4768 | Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung | 20,70 | 20,70 | | 9,24 | 9,24 |

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung

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

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

Allgemeine Bestimmung

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4780 | Isolierung von Nukleinsäuren <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i> | 62,12 | 62,12 | | 27,60 | 27,60 |
| 4781 | Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym | 12,42 | 12,42 | | 5,51 | 5,51 |
| 4782 | Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i> | 34,51 | 34,51 | | 15,30 | 15,30 |
| 4783 | Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR) <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i> | 34,51 | 34,51 | | 15,30 | 15,30 |
| 4784 | Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR) | 82,80 | 82,80 | | 36,83 | 36,83 |
| 4785 | Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nicht-radioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde <i>Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten</i> | 20,71 | 20,71 | | 9,20 | 9,20 |
| 4786 | Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot) | 49,68 | 49,68 | | 22,08 | 22,08 |
| 4787 | Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung | 165,62 | 165,62 | | 73,66 | 73,66 |

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4800 | Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials | 21,21 | 26,38 | | 9,49 | 9,49 |
| 4801 | Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut | 28,27 | 35,13 | | 12,74 | 12,74 |
| 4802 | Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung) | 28,27 | 35,13 | | 12,74 | 12,74 |
| 4810 | Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik | 28,27 | 35,13 | | 12,74 | 12,74 |
| 4811 | Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie | 28,27 | 35,13 | | 12,74 | 12,74 |
| 4815 | Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie). Die histologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunhistochemischen Verfahrens rechtfertigt die 2-fache Abrechnung der Nr. 4815 je Leistungsziel. Die Art der Untersuchung ist anzugeben. Eine mehr als dreimalige Berechenbarkeit bedarf einer diagnosebezogenen Begründung. Ab der 6. Berechnung ist für jede Untersuchung nur noch die einmalige Berechnung der Nr. 4815 der UV-GOÄ anzuwenden. Für einen immunhistochemischen Nachweis von Östrogenrezeptoren oder Progesteronrezeptoren ist die Nr. 4815 2-fach abrechenbar. | 34,21 | 42,54 | | 15,28 | 15,28 |
| 4816 | Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt) | 24,43 | 30,41 | | 10,90 | 10,90 |

II. Zytologie

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4850 | Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - <i>Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.</i> | 8,49 | 10,58 | | 5,67 | 5,67 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 4851 | Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z. B. aus dem Genitale der Frau) - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material - <i>Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i> | 12,71 | 15,80 | | 8,48 | 8,48 |
| 4852 | Zytologische Untersuchung von z. B. Punkttaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material -, je Untersuchungsmaterial | 17,00 | 21,16 | | 11,34 | 11,34 |
| 4860 | Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) - einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung -, auch mehrere Präparate | 15,63 | 19,46 | | 10,48 | 10,48 |

III. Zytogenetik

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

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Strahlendiagnostik

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

Zähne

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sach- kosten |
|--------|--|-------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 5000 | Zähne, je Projektion <i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i> | 4,89 | 6,06 | | 3,26 | 3,26 |
| 5002 | Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers | 24,43 | 30,41 | | 16,28 | 16,28 |
| 5004 | Panoramaschichtaufnahme der Kiefer | 39,08 | 48,66 | | 26,05 | 26,05 |

Finger oder Zehen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sach- kosten |
|--------|--|-------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 5010 | jeweils in zwei Ebenen | 21,97 | 26,29 | | 13,95 | 13,95 |
| 5011 | ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i> | 7,31 | 8,75 | | 4,69 | 4,69 |

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sach- kosten |
|--------|--|-------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 5020 | jeweils in zwei Ebenen | 26,89 | 32,13 | | 17,00 | 17,00 |
| 5021 | ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i> | 9,77 | 11,69 | | 6,22 | 6,22 |
| 5022 | Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumen- oder Sprunggelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5010, 5011 bzw. 5020, 5021 | 5,86 | 7,29 | | | |

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5030 | jeweils in zwei Ebenen; ,Kreuzbein oder Hüftgelenk | 43,98 | 52,55 | | 27,90 | 27,90 |
| 5031 | ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i> | 12,21 | 14,63 | | 7,73 | 7,73 |
| 5032 | Gehaltene Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Schulterreck- oder Kniegelenks zu den Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 5030, 5031 | 5,86 | 7,29 | | | |
| 5035 | Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil <i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i> | 19,54 | 23,36 | | 12,43 | 12,43 |
| 5037 | Bestimmung des Skeletalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung - | 36,65 | 43,81 | | 23,18 | 23,18 |
| 5040 | Beckenübersicht | 36,65 | 43,81 | | 23,18 | 23,18 |
| 5041 | Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr | 24,40 | 29,19 | | 15,48 | 15,48 |
| 5050 | Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrast-mitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - | 116,05 | 138,73 | | 73,49 | 73,49 |
| 5060 | Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - | 61,09 | 73,03 | | 38,68 | 38,68 |
| 5070 | Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk | 48,87 | 58,42 | | 30,93 | 30,93 |
| 5090 | Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen | 48,87 | 58,42 | | 30,93 | 30,93 |
| 5095 | Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil | 24,40 | 29,19 | | 15,48 | 15,48 |
| 5098 | Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen - | 31,78 | 37,99 | | 20,17 | 20,17 |
| 5100 | Halswirbelsäule, in zwei Ebenen | 36,65 | 43,81 | | 23,18 | 23,18 |
| 5101 | ergänzende Ebene(n) | 19,54 | 23,36 | | 12,43 | 12,43 |
| 5105 | Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil | 48,87 | 58,42 | | 30,93 | 30,93 |
| 5106 | ergänzende Ebene(n) | 21,97 | 26,29 | | 13,95 | 13,95 |
| 5110 | Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität ; Skelett | 61,09 | 73,03 | | 38,68 | 38,68 |
| 5111 | ergänzende Ebene(n) ; Skelett <i>Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i> | 24,40 | 29,19 | | 15,48 | 15,48 |
| 5115 | Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil | 48,87 | 58,42 | | 30,93 | 30,93 |
| 5120 | Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene | 31,78 | 37,99 | | 20,17 | 20,17 |
| 5121 | ergänzende Ebene(n) | 17,08 | 20,43 | | 10,76 | 10,76 |

2. Hals-und Brustorgane

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sach- kosten |
|--------|--|-------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 5130 | Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen - | 34,22 | 40,89 | | 21,68 | 21,68 |
| 5135 | Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene <i>Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | 34,22 | 40,89 | | 21,68 | 21,68 |
| 5137 | Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen | 54,97 | 65,71 | | 34,81 | 34,81 |
| 5139 | Teil der Brustorgane <i>Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i> | 21,97 | 26,29 | | 13,95 | 13,95 |
| 5140 | Brustorgane, Übersicht im Mittelformat | 12,21 | 14,63 | | 7,73 | 7,73 |

3. Bauch- und Verdauungsorgane

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

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

4. Beurteilung von Fremdaufnahmen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit einer Begutachtung

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5255 | bis zu 15 Aufnahmen oder von Schnittbildern des hinzugezogenen Radiologen. Daneben können die Nummern 35 und 36 nicht abgerechnet werden. <i>Die Gebühr kann auch außerhalb von Begutachtungen für die Beurteilung der ILO-Klassifikation im Zusammenhang mit der Pneumokoniose-Diagnostik abgerechnet werden.</i> | 14,47 | 14,47 | | | |
| 5256 | bis zu 40 Aufnahmen | 25,36 | 25,36 | | | |
| 5257 | über 40 Aufnahmen | 50,66 | 50,66 | | | |

5. Spezialuntersuchungen

Beurteilung anderweitig gefertigter Röntgenaufnahmen im Zusammenhang mit einer Begutachtung

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5260 | Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - <i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i> | 48,87 | 58,42 | | 30,93 | 30,93 |
| 5265 | Mammographie einer Seite, in einer Ebene <i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | 36,65 | 43,81 | | 23,18 | 23,18 |
| 5266 | Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen | 54,97 | 65,71 | | 34,81 | 34,81 |
| 5267 | Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266 | 18,34 | 21,90 | | 11,60 | 11,60 |
| 5280 | Myelographie | 91,63 | 109,54 | | 58,01 | 58,01 |
| 5285 | Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) - | 54,97 | 65,71 | | 34,81 | 34,81 |
| 5290 | Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion | 79,40 | 94,93 | | 50,27 | 50,27 |
| 5295 | Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung | 23,47 | 29,20 | | 15,59 | 15,59 |

6. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5300 | Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie | 195,46 | 243,21 | | 130,25 | 130,25 |
| 5301 | Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i> | 39,08 | 48,66 | | 26,05 | 26,05 |
| 5302 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt | 58,61 | 72,95 | | 39,07 | 39,07 |
| 5303 | Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5304 | Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i> | 19,53 | 24,32 | | 13,03 | 13,03 |
| 5305 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt | 29,32 | 36,49 | | 19,53 | 19,53 |
| 5306 | Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie | 195,46 | 243,21 | | 130,25 | 130,25 |
| 5306 a | Leistung nach Nummer 5306, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5303 bis 5305 <i>Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i> | 165,06 | 165,06 | | 130,25 | 130,25 |
| 5307 | Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306 | 58,61 | 72,95 | | 39,07 | 39,07 |
| 5307 a | Leistung nach Nummer 5307, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5303 bis 5305 <i>Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i> | 49,51 | 49,51 | | 39,07 | 39,07 |
| 5308 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt | 78,19 | 97,29 | | 52,09 | 52,09 |
| 5308 a | Leistung nach Nummer 5308, jedoch im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305. <i>Neben dieser Leistung sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i> | 66,02 | 66,02 | | 52,09 | 52,09 |
| 5309 | Serienangiographie einer Extremität, eine Serie | 175,92 | 218,89 | | 117,23 | 117,23 |
| 5310 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt | 58,61 | 72,95 | | 39,07 | 39,07 |
| 5311 | Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5312 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt | 58,61 | 72,95 | | 39,07 | 39,07 |
| 5313 | Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i> | 78,19 | 97,29 | | 52,09 | 52,09 |
| 5315 | Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie <i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | 215,00 | 267,55 | | 143,28 | 143,28 |
| 5316 | Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie <i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i> | 293,18 | 364,86 | | 195,53 | 195,53 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5317 | Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie | 39,08 | 48,66 | | 26,05 | 26,05 |
| 5318 | Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt <i>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i> | 58,61 | 72,95 | | 39,07 | 39,07 |
| 5324 | Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie <i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | 234,54 | 291,87 | | 156,29 | 156,29 |
| 5325 | Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie | 293,18 | 364,86 | | 195,53 | 195,53 |
| 5326 | Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie | 39,08 | 48,66 | | 26,05 | 26,05 |
| 5327 | Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie <i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5328 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik <i>Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i> | 99,03 | 99,03 | | 78,16 | 78,16 |
| 5329 | Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums | 156,39 | 194,60 | | 104,20 | 104,20 |
| 5330 | Venographie einer Extremität | 73,31 | 91,20 | | 48,86 | 48,86 |
| 5331 | Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt | 19,53 | 24,32 | | 13,03 | 13,03 |
| 5335 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung <i>Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal berechnet werden.</i> | 66,02 | 66,02 | | 52,09 | 52,09 |
| 5338 | Lymphographie, je Extremität | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5339 | Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) -, insgesamt | 24,43 | 30,41 | | 16,28 | 16,28 |

7. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5345 | Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der - Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i> | 273,63 | 340,53 | 7,57 | 141,02 | 148,59 |
| 5346 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 58,61 | 72,95 | | 30,15 | 30,15 |
| 5348 | Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.</i> | 371,36 | 462,14 | 7,57 | 182,07 | 189,64 |
| 5349 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 121,61 | | 50,40 | 50,40 |
| 5351 | Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 - bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde - | 48,87 | 60,82 | | 25,19 | 25,19 |
| 5352 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnvorsorgenden Arterien | 97,71 | 121,61 | | 50,40 | 50,40 |
| 5353 | Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i> | 195,46 | 243,21 | 7,57 | 100,95 | 108,52 |
| 5354 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i> | 19,53 | 24,32 | | 10,05 | 10,05 |
| 5355 | Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i> | 195,46 | 243,21 | | 100,95 | 100,95 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5356 | Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i> | 244,30 | 304,04 | | 126,15 | 126,15 |
| 5357 | Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet <i>Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i> | 342,05 | 425,64 | | 209,96 | 209,96 |
| 5358 | Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -, je Gefäßgebiet ; Interventionelle Maßnahmen <i>Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i> | 439,77 | 547,26 | | 227,08 | 227,08 |
| 5359 | Embolisation der Vena spermatica - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i> | 244,30 | 304,04 | | 126,15 | 126,15 |
| 5360 | Embolisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i> | 195,46 | 243,21 | | 100,95 | 100,95 |
| 5361 | Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i> | 254,08 | 316,21 | | 131,25 | 131,25 |

8. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5369 | Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i> | 293,18 | 309,15 | | 195,53 | 195,53 |
| 5370 | Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs - | 195,46 | 206,09 | | 130,25 | 130,25 |
| 5370 a | Digitale Volumentomographie im Kopfbereich ggf. einschließlich computergesteuerter Analyse und 3D-Rekonstruktion. <i>Die zu erwartende therapieentscheidende Mehrinformation gegenüber der konventionellen Bildgebung ist in der Rechnung anzugeben. Die Nr. 5377 kann nicht gesondert abgerechnet werden. Bei Kindern sind die klinischen Befunde, aus denen die rechtfertigende Indikation resultiert, und eine Begründung, warum strahlungsfreie Untersuchungsmethoden nicht angewendet werden konnten, anzugeben. Bei Kindern ist die DVT in der Regel nur einmal pro Behandlungsfall abrechenbar. Sollten im Einzelfall auf Grund besonderer Umstände mehrere DVT-Aufnahmen notwendig sein, so ist die Begründung anzugeben.</i> | 167,45 | 167,45 | | 90,44 | 90,44 |
| 5371 | Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich <i>Bei zusätzlicher Beurteilung eines HR CT nach der ICOERD-Klassifizierung im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers kann die Gebühr der Besonderen Heilbehandlung abgerechnet werden.</i> | 224,77 | 237,01 | | 149,79 | 149,79 |
| 5372 | Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich | 254,08 | 267,94 | | 169,33 | 169,33 |
| 5373 | Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare) | 185,69 | 195,79 | | 123,74 | 123,74 |
| 5374 | Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen - | 185,69 | 195,79 | | 123,74 | 123,74 |
| 5375 | Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge <i>Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i> | 195,46 | 206,09 | | 130,25 | 130,25 |
| 5376 | Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 - | 48,87 | 51,52 | | 32,57 | 32,57 |
| 5377 | Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion - | 66,02 | 66,02 | | 52,09 | 52,09 |
| 5378 | Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen <i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 103,07 | | 65,13 | 65,13 |
| 5380 | Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik | 29,32 | 30,91 | | 19,53 | 19,53 |

9. ICOERD Klassifizierung von Fremd-CT-Aufnahmen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5381 | Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen einer (HR) CT-Untersuchung <i>Die Gebühr nach Nr. 5381 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5382 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig.</i> | 76,46 | 76,46 | | | |
| 5382 | Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen von zwei (HR) CT-Untersuchungen <i>Die Gebühr nach Nr. 5382 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5383 nicht berechnungsfähig.</i> | 152,90 | 152,90 | | | |
| 5383 | Beurteilung der ICOERD-Klassifizierung anderweitig durchgeführter CT- oder HR CT-Untersuchungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik im Auftrag des UV-Trägers oder im Rahmen einer Begutachtung für Aufnahmen von drei und mehr (HR) CT-Untersuchungen <i>Die Gebühr nach Nr. 5383 ist neben der Gebühr nach Nrn. 5381 und/oder 5382 nicht berechnungsfähig.</i> | 229,37 | 229,37 | | | |

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

Allgemeine Bestimmung

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

a. Schilddrüse

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5400 | Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile - | 34,21 | 42,54 | | 22,80 | 22,80 |
| 5401 | Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - einschließlich quantitativer Untersuchung -, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent - einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität) - | 127,03 | 158,11 | | 84,68 | 84,68 |
| 5402 | Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) - <i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5403 | Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - <i>Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | 117,27 | 145,94 | | 78,16 | 78,16 |

b. Gehirn

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5410 | Szintigraphische Untersuchung des Gehirns | 117,27 | 145,94 | | 78,16 | 78,16 |
| 5411 | Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums <i>Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i> | 87,96 | 109,44 | | 58,60 | 58,60 |

c. Lunge

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

d. Herz

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5420 | Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - | 117,27 | 145,94 | | 78,16 | 78,16 |
| 5421 | Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.</i> | 371,36 | 462,14 | | 247,63 | 247,63 |
| 5422 | Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - <i>Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5423 | Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - | 195,46 | 243,21 | | 130,25 | 130,25 |
| 5424 | Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - <i>Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/ oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i> | 273,63 | 340,53 | | 182,50 | 182,50 |

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

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

f. Tumorszintigraphie

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

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

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

g. Nieren

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|---|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5440 | Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelniere-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards - | 273,63 | 340,53 | | 182,50 | 182,50 |
| 5441 | Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung - | 156,39 | 194,60 | | 104,20 | 104,20 |
| 5442 | Statische Nierenszintigraphie | 58,61 | 72,95 | | 39,07 | 39,07 |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | | | | |
| 5443 | Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 - mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) - | 68,42 | 85,13 | | 45,58 | 45,58 |
| 5444 | Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen - | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |

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

h. Endokrine Organe

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5450 | Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse - | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |

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

i. Gastrointestinaltrakt

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5455 | Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage - gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung -, Gallenwege - , gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux -, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels) | 127,03 | 158,11 | | 84,68 | 84,68 |
| 5456 | Szintigraphische Untersuchung von Leber und/ oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen | 127,03 | 158,11 | | 84,68 | 84,68 |

j. Hämatologie, Angiologie

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5460 | Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - <i>Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.</i> | 87,96 | 109,44 | | 58,60 | 58,60 |
| 5461 | Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - | 215,00 | 267,55 | | 143,28 | 143,28 |
| 5462 | Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - | 215,00 | 267,55 | | 143,28 | 143,28 |
| 5463 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts | 48,87 | 60,82 | | 32,57 | 32,57 |
| 5465 | eine Region | 123,13 | 153,24 | | 82,11 | 82,11 |
| 5466 | Ganzkörper (Stamm und Extremitäten) <i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i> | 219,86 | 273,63 | | 146,53 | 146,53 |

k. Resorptions- und Exkretionsteste

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5470 | Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum - | 92,83 | 115,52 | | 61,89 | 61,89 |

I. Sonstige

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5472 | Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung - auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle - | 92,83 | 115,52 | | 61,89 | 61,89 |
| 5473 | Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurf fraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) - <i>Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i> | 87,96 | 109,44 | | 58,60 | 58,60 |
| 5474 | Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide | 131,92 | 164,18 | | 87,92 | 87,92 |

m. Mineralgehalt

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

n. Ergänzungsleistungen

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

o. Emissions-Computer-Tomographie

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

2. Therapeutische Leistungen

Anwendung offener Radionuklide

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5600 | Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen | 242,35 | 301,59 | | 161,55 | 161,55 |
| 5602 | Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe | 131,92 | 164,18 | | 87,92 | 87,92 |
| 5603 | Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika | 105,56 | 131,34 | | 70,37 | 70,37 |
| 5604 | Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlgänge | 263,88 | 328,35 | | 175,83 | 175,83 |
| 5605 | Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern | 219,86 | 273,63 | | 146,53 | 146,53 |
| 5606 | Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts - einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen - <i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i> | 87,96 | 109,44 | | 58,60 | 58,60 |
| 5607 | Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität - <i>Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i> | 158,32 | 197,00 | | 105,62 | 105,62 |

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

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

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5800 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation. Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)</i> | 24,43 | 30,41 | | 16,28 | 16,28 |
| 5802 | Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion | 19,53 | 24,32 | | 13,03 | 13,03 |
| 5803 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion <i>Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i> | 8,24 | 8,24 | | 6,51 | 6,51 |
| 5805 | Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5806 | Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion | 195,46 | 243,21 | | 130,25 | 130,25 |

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5810 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i> | 19,53 | 24,32 | | 13,03 | 13,03 |
| 5812 | Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion <i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i> | 18,56 | 23,10 | | 12,32 | 12,32 |
| 5813 | Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion | 87,96 | 109,44 | | 58,60 | 58,60 |

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5831 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i> | 146,59 | 182,43 | | 97,69 | 97,69 |
| 5832 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z. B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie | 41,24 | 41,24 | | 32,57 | 32,57 |
| 5833 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie | 165,06 | 165,06 | | 130,25 | 130,25 |
| 5834 | Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion | 70,37 | 87,56 | | 46,85 | 46,85 |
| 5835 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion | 11,72 | 14,58 | | 7,78 | 7,78 |
| 5836 | Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5837 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion | 11,72 | 14,58 | | 7,78 | 7,78 |

4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5840 | Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i> | 146,59 | 182,43 | | 97,69 | 97,69 |
| 5841 | Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei Individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie | 165,06 | 165,06 | | 130,25 | 130,25 |
| 5842 | Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion | 29,32 | 36,49 | | 19,53 | 19,53 |
| 5844 | Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5846 | Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion | 205,23 | 255,37 | | 136,76 | 136,76 |

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 5851 | Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung - <i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i> | 674,29 | 839,14 | | 449,53 | 449,53 |
| 5852 | Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion | 97,71 | 121,61 | | 65,13 | 65,13 |
| 5853 | Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion | 195,46 | 243,21 | | 130,25 | 130,25 |
| 5854 | Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion <i>Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie berechnungsfähig.</i> | 243,35 | 302,81 | | 162,25 | 162,25 |
| 5855 | Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen | 674,29 | 839,14 | | 449,53 | 449,53 |

P. Schmerzmedizinische Behandlungsentgelte

Allgemeine Bestimmungen

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

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

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|---|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 6000 | <p>Erstanamnese zur schmerzmedizinischen Behandlung Durchführung einer Schmerzanalyse mit Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebögen, Erfassung von Kontextfaktoren, Berücksichtigung der Ergebnisse aus vorangegangenen Schmerzassessments (AIS oder SIS gemäß Handlungsempfehlung Schmerztherapeutische Versorgung der DGUV) soweit vorliegend, eingehende Beratung einschließlich Festlegung der Therapieziele, Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Chronifizierungsstadiums, der dem Patienten/der Patientin mitzugeben ist; Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien, Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen (Mindestdauer 60 Min.). Die Leistung ist innerhalb eines Jahres zweimal abrechenbar.</p> <p>Die Erstbehandlung findet grundsätzlich in Präsenz statt.</p> <p>Erstanamnese (Nummer 6000) und Folgebehandlung (Nummer 6001) am gleichen Tag schließen sich aus. Leistungen der Beratung und/oder Untersuchung der UV-GOÄ sowie die Nummern 17, 17b, 19 und 34 können daneben nicht abgerechnet werden. Standardisierte Fragebögen sind Bestandteil der Leistung und können nicht mit anderen Leistungen der UV-GOÄ abgerechnet werden.</p> <p><i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 11,29 Euro</i></p> | 175,75 | 175,75 | | 13,51 | 13,51 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 6001 | Schmerzmedizinische Folgebehandlung Kontrolle und Fortschreibung des Behandlungsplans und Erörterung mit Patientin/Patienten, unter Einbeziehung der Patienten. Der angepasste Behandlungsplan ist der Patientin/dem Patienten mitzugeben. Die Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistung ist die erfolgte Erstanamnese nach Nummer 6000. Innerhalb des Behandlungsfalls (3 Monate) kann die Nummer 6001 bis zu fünfmal abgerechnet werden. Die Leistung ist auch als Videosprechstunde möglich. Erstanamnese (Nummer 6000) und Folgebehandlung (Nummer 6001) am gleichen Tag schließen sich aus. Die Leistung ist je angefangene 10 Minuten bis maximal 4 mal pro Sitzung abrechenbar. | 24,08 | 24,08 | | | |
| 6002 | Besprechung /Koordination weiterer therapeutische Maßnahme (mit Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder anderen Heilmittelerbringern) Dokumentierter Austausch mit Therapeuten (Psychologen, Physio- oder Ergotherapeuten) zur Therapie-Umsetzung oder -Anpassung und Erfolgskontrolle. Der Austausch kann telefonisch oder persönlich im Einzelkontakt oder im Rahmen einer Fallkonferenz erfolgen. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt mit Bericht Nummer 6003 bzw. 6004 UV-GOÄ. Abrechnungsvoraussetzung ist die Dokumentation im Bericht nach Nummer 6003 UV-GOÄ mit Angabe der Therapeutenkontakten (Datum/Name) und der Ergebnisse. Die Leistung ist innerhalb von 6 Monaten bis zu drei Mal abrechenbar. Neben der Nummer 6002 können die Leistungen nach den Nummern. 10, 10a, 17, 17b, 19 sowie 60 - 61 nicht abgerechnet werden. <i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 5,72 Euro</i> | 40,26 | 40,26 | | 6,27 | 6,27 |
| 6003 | Erstbericht Schmerzmedizinische Behandlung / Erstanamnese Ärztlicher Bericht zu Ergebnis der Schmerzanalyse mit Auswertung standardisierter Fragebögen und Angabe der erfassten Kontextfaktoren. Umfasst Ergebnis der Beratung des Patienten/der Patientin, Angabe der Behandlungsziele, Übermittlung des inhaltlich und zeitlich gestuften Behandlungsplans. Die Leistung kann nur zusammen mit der Nummer 6000 abgerechnet werden. <i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 2,45 Euro</i> | 39,13 | 39,13 | | 2,69 | 2,69 |

| Nummer | Leistung | Allg. Heilbeh. | Bes. Heilbeh. | Bes. Kosten | Allg. Kosten | Sachkosten |
|--------|--|----------------|---------------|-------------|--------------|------------|
| 6004 | <p>Folgebericht Schmerzmedizinische Behandlung Berichterstattung in jedem Quartal, in dem Behandlungen erfolgt sind. Umfasst Begründung zu Änderungen in Therapiezielen und Angabe von erfolgten Therapeutenkontakten (in Bezug auf Nummer 6002). Der Bericht muss Auskunft über drei Bereiche geben:</p> <p>1. Angaben zu somatischer Behandlung/ Medikation incl. Angabe der verordneten Medikation, Angabe zur Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung von Schmerzen bzw. Schmerzmedikation</p> <p>2. Angabe zur psychotherapeutischen bzw. zur psychosomatischen Behandlung</p> <p>3. Angabe zur sozialen Behandlung bzw. anderer Interventionen</p> <p>Die Leistung ist einmal im Behandlungsfall abrechenbar in Verbindung mit Nummer 6001 UV-GOÄ oder auf Anforderung des UV-Trägers.</p> <p><i>Allgemeine Kosten und Sachkosten: 2,45 Euro</i></p> | 39,13 | 39,13 | | 2,69 | 2,69 |

S. Krankenhaussachleistungen, Obduktionen

I. Bäder, Massagen, Krankengymnastik und andere Heilbehandlungen

Beachte:

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

Gruppe 1: Krankengymnastik

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

Gruppe 2: Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie)

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

Gruppe 3: Elektrotherapie

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

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

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

Gruppe 5: Inhalationstherapie

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

Gruppe 6: Zusätzliche Leistungen

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

Ergotherapie

Beachte:

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

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

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|--|-------------------|
| 9651 | Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 20,42 |
| 9651 G | Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen Gruppe (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 7,15 |
| 9652 | Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (4 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 20,42 |
| 9652 G | Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Gruppe (4 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 7,15 |
| 9653 | Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 20,42 |
| 9653 G | Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung Gruppe (3 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 7,15 |
| 9654 | Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (5 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 20,42 |
| 9654 G | Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen Gruppe (5 Regelzeitintervalle) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 7,15 |
| 9655 | Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem UV-Träger <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 22,07 |
| 9656 | Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld (außerhalb der ergotherapeutischen Praxis) (4 Regelzeitintervalle) Nur in Absprache mit dem UV-Träger <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 22,07 |
| 9657 | Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (keine Berechnung nach Zeitintervall) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 44,61 |
| 9658 | Thermische Anwendung, Kälte/Wärme (keine Berechnung nach Zeitintervall) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 9,16 |
| 9659 | Ergotherapeutische Schiene (Über 400 Euro nur mit Kostenvoranschlag) <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | |
| 9660 | ausführlicher Bericht auf Anforderung des UV-Trägers <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 44,49 |
| 9661 | Ärztlich verordneter Hausbesuch bei einem Patienten, je Besuch <i>Leistungs-Nr. des mit den Verbänden der ergotherapeutischen Berufe vereinbarten Gebührenverzeichnisses. Preis pro Zeitintervall (Näheres vgl. unter "Beachte", abgedruckt vor Nr. 9101).</i> | 29,65 |
| 9670 | Logopädische Untersuchung mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern <i>Kann in einem Behandlungsfall nur einmal berechnet werden</i> | 28,00 |

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

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

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

Human-Blutkonserven eigener Herstellung mit Stabilisator(en)

Primärstabilisator ggfs. und/oder additive Lösung

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|----------------------------------|-------------------|
| 9705 | Vollblut-Konserve bis 99 ml | 52,30 |
| 9706 | Vollblut-Konserve 100 bis 299 ml | 77,20 |
| 9707 | Vollblut-Konserve 300 bis 399 ml | 101,21 |
| 9708 | Vollblut-Konserve 400 bis 499 ml | 116,85 |
| 9709 | Vollblut-Konserve 500 bis 599 ml | 132,65 |
| 9710 | Vollblut-Konserve 600 ml | 148,33 |

Frischplasma (GFP) - gefroren

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

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

Primärstabilisator ggfs. und/oder additive Lösung

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

Gewaschenes Human-Erythrozyten-Konzentrat eigener Herstellung mit Stabilisator

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

Frischblut-Konserven eigener Herstellung mit Stabilisator

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

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|-------------------------|-------------------|
| 9740 | Konserve bis 499 ml | 133,48 |
| 9741 | Konserve 500 bis 599 ml | 147,35 |
| 9742 | Konserve 600 ml | 164,88 |

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

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

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

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

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

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

Human-Thrombozyten-Konzentrat gefiltert (leukozytenarm/TL)

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

Zuschläge für Blutkonserven mit besonderen Merkmalbestimmungen

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

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|---|-------------------|
| 9765 | HLA-Typisierung, alle Antigene | 811,92 |
| 9766 | HLA-Typisierung, Einzelantigene, je | 182,04 |
| 9767 | Kreuzprobe im HLA-System | 256,55 |
| 9768 | Antikörper-Suchtext im HLA-System | 159,99 |
| 9769 | Lymphozyten-Mischkultur MLC | 1239,49 |
| 9770 | Anti-CMV (bei Berücksichtigung des Merkmals Zuschlag für vorausgegangene routinemäßige Austestung) | 38,03 |
| 9771 | Blutdirektübertragung vom Spender zum Empfänger (ohne ärztliche Leistung), Blutspenderentschädigung nach landesüblicher Regelung, Fahrtkosten Fahrtkostenersatz, Verdienstausfallentschädigung und Kosten der Blutspendermahlzeit | |
| 9772 | Transportkostenersatz bei Beschaffung und Transport von Spezialblutkonserven in Einzelfällen <i>Beschaffung z. B. von tiefgefrorenen, nach Auftauen gewaschenen Erythrozyten-Sediment-Konserven von auswärtigen Blutspendediensten</i> | |
| 9773 | Zusätzliche Präparate für Spezialblutkonserven | |
| 9774 | Zusätzliche Materialien für Spezialblutkonserven | |

Knochenmark und Knochenmark-Konserven eigener Herstellung mit Stabilisator

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

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|----------------|-------------------|
| 9780 | bis 19 ml ml | 90,73 |
| 9781 | 20 bis 29 ml | 102,85 |
| 9782 | 30 bis 39 ml | 115,99 |
| 9783 | 40 bis 49 ml | 126,47 |
| 9784 | 50 bis 74 ml | 152,66 |
| 9785 | 75 bis 99 ml | 177,92 |
| 9786 | 100 u. mehr ml | 204,11 |

Sonstiges

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|---|-------------------|
| 9790 | Knochennägel, Knochenschrauben, Stahlsehnendrähte, Gefäßprothesen, u. ä. | |
| 9791 | Gummi-Elastikbinden | |
| 9792 | Fotografische Aufnahme, schwarz/weiß oder bunt | 0,29 |
| 9793 | weggefallen | |
| 9794 | Übersendung angeforderter Röntgenaufnahmen einschließlich Verpackung und zuzüglich Porto je Sendung. Die Gebühr gilt auch für auf Anforderung des Kostenträgers oder eines anderen Arztes auf CD oder DVD übersandten Aufnahmen einschließlich der Herstellung. Wenn statt der angefertigten herkömmlichen Röntgenfilmaufnahmen Röntgenfilmkopien übersandt werden, sind neben dem Pauschalbetrag nach 9794 die Kosten für die Röntgenfilmkopien nach 9795 a oder 9795 b berechenbar. | 6,55 |

Röntgenfilmkopie

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

III. Sonstige Leistungen, Obduktionen

| Nummer | Leistung | Allgemeine Kosten |
|--------|---|-------------------|
| 9800 | Pauschalgebühr bei Hämodialyse zum ärztlichen Honorar zusätzlich | 400,63 |
| 9900 | Gem. Beschluss des Ständigen Ausschusses BG-NT entfallen die Gebührennummern 9900 bis 9910 mit Wirkung ab 01.01.2018. | |

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

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

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

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

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

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