

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

(Stand: 1. Januar 2002)

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2

Abweichende Vereinbarung

- (1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5 a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nr. und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.
- (2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht
- Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
 - Visiten nach den Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
 - Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,
- wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder

durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

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

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

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

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

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, so weit in den Absätzen 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

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

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

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

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

§ 5 a

Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24 b Abs. 4 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur bis zum

1,8fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

§ 5 b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

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

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

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

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

§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

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

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

§ 7

Entschädigungen

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

§ 8

Wegegeld

- (1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von
- bis zu zwei Kilometern 3,58 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 Euro,
 - mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,65 Euro, bei Nacht 10,23 Euro,
 - mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 Euro, bei Nacht 15,34 Euro,
 - mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 15,34 Euro, bei Nacht 25,56 Euro.
- (2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.
- (3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhän-

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)	160	9,33	D	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	220	12,82		<i>Neben der Leistung nach Nr. 28 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i>				<i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>			29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen	440	25,65
	- bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;			K 1	Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99		<i>Neben der Leistung nach Nr. 29 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
	- bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;			III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen				30	Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde)	900	52,46
	- bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;			20	Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten)	120	6,99		<i>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
	- bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchforten und der Nierenlager;				<i>Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>			31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)	450	26,23
	- bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.			21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	20,98		<i>Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 31 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nr. 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 21 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>			32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	400	23,31
8	Ganzkörperstatus	260	15,15					33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49
	<i>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. Die Leistung nach Nr. 8 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i>			22	Eingehende Beratung einer Schwangeren	300	17,49		<i>Die Leistung nach Nr. 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>		
11	Digitaluntersuchung Mastdarm/Prostata	60	3,50	23	Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft	300	17,49		<i>Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i>		
15	Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken	300	17,49	24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf	200	11,66				
	<i>Die Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 15 ist die Leistung nach Nr. 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>			45	Visite im Krankenhaus	70	4,08
II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8				25	Neugeborenen-Erstuntersuchung	200	11,66		IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz		
Allgemeine Bestimmungen					<i>Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>			46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91
Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.				26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind	450	26,33		<i>Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>		
A	Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde	70	4,08	27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau	320	18,65				
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 27 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>						
B	Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr	180	10,49	28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann	280	16,32				
C	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	320	18,65		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i>						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.				abteilung 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).				VI. Berichte, Briefe		
48	Besuch, Pflegestation Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.	120	6,99	61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.	130	7,58	70	Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33
50	Besuch mit Beratung und Untersuchung Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.	320	18,65	62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.	150	8,74	75	Ausführlicher schriftlicher Bericht Die Befundmitteilung und der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.	130	7,58
51	Mitbesuch eines weiteren Kranken Die Leistung nach Nr. 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 51 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.	250	14,57		V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 Allgemeine Bestimmungen Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.			76	Schriftliche, individueller Diätplan	70	4,08
52	Besuch durch nichtärztliches Personal Die Pauschalgebühr nach Nr. 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.	100	5,83					77	Schriftliche, individuelle Planung/ Leitung einer Kur Die Leistung nach Nr. 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.	150	8,74
55	Begleitung eines Patienten durch den Arzt Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.	500	29,14					78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	180	10,49
56	Verweilen, je angefangene halbe Stunde 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.	180	10,49					80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49
60	Konsiliarische Erörterung Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhaus-	120	6,99					85	Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14
								90	Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch	120	6,99
								95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50
								96	Schreibgebühr, je Kopie Die Schreibgebühren nach den Nrn. 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	3	0,17
									VII. Todesfeststellung		
									Allgemeine Bestimmung		
									Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nrn. 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.		
								100	Leichenschau	250	14,57
								102	Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten	150	8,74
								104	Bulbuserentnahme beim Toten	250	14,57
								105	Hornhautentnahme aus einem Auge beim Toten	230	13,41
								107	Entnahme eines Herzschrittmachers beim Toten	220	12,82
									C. NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN		
									I. Anlegen von Verbänden		
									Allgemeine Bestimmung		
									Wundverbände nach Nr. 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.		
								200	Verband	45	2,62
								201	Klebeverband des Brustkorbs	65	3,79
								204	Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskravattenverband/ Kompressionsverband	95	5,54
								206	Tape-Verband, kleines Gelenk	70	4,08
								207	Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband	100	5,83
								208	Stärke- oder Gipsfixation	30	1,75
								209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung	150	8,74
								210	Kleiner Schienenverband	75	4,37
								211	Kleiner Schienenverband, Wiederanlegung	60	3,50
								212	Großer Schienenverband	160	9,33
								213	Großer Schienenverband, Wiederanlegung	100	5,83
								214	Abduktionsschienenverband	240	13,99
								217	Streckverband	230	13,41
								218	Streckverband mit Extension	660	38,47
								225	Gipsfingerling	70	4,08
								227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49
								228	Gipsschienenverband oder Gipsparatoffel	190	11,07
								229	Gipsschienenverband, Wiederanlegung	130	7,58
								230	Zirkulärer Gipsverband	300	17,49
								231	Zirkulärer Gipsverband, Unterschenkel	360	20,98
								232	Zirkulärer Gipsverband, zwei große Gelenke	430	25,06
								235	Zirkulärer Gipsverband, Hals	750	43,72
								236	Zirkulärer Gipsverband, Rumpf	940	54,79
								237	Gips- oder Gipsschienenverband, zwei große Gelenke	370	21,57
								238	Gipsschienenverband, zwei große Gelenke, Wiederanlegung	200	11,66
								239	Gipsverband, Arm/Schulter oder Bein/Beckengürtel	750	43,72

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nrn. 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nrn. 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nrn. 448 oder 449 darf die Leistung nach Nr. 56 nicht berechnet werden.										
6.	Die Zuschläge nach den Nrn. 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.										
440	Zuschlag, Operationsmikroskop <i>Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>	400	23,31								
441	Zuschlag, Laser <i>Der Zuschlag nach Nr. 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro. Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>	????									
442	Zuschlag, ambulante Operation mit einer Bewertung von 250 bis 499 Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	400	23,31								
443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	750	43,72								
444	Zuschlag, ambulante Operation mit 800 bis 1199 Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	1300	75,77								
445	Zuschlag, ambulante Operation mit 1200 und mehr Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>	2200	128,23								
446	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 200 bis 399 <i>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49								
447	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 400 und mehr Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berechnungsfähig.</i>	650	37,89								
448	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 2 Stunden) <i>Der Zuschlag nach Nr. 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 448 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 449 nicht berechnungsfähig.</i>	600	34,97								
449	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 4 Stunden) <i>Der Zuschlag nach Nr. 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 449 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 448 nicht berechnungsfähig.</i>	900	52,46								
				D. ANÄSTHESIELEISTUNGEN							
				Allgemeine Bestimmungen							
				Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung. Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende.							
				450	Rauschnarkose	76	4,43	515	Extensionsbehandlung	38	2,21
				451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/ Perlgerät	65	3,79
				452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07	518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99
				453	Vollnarkose	210	12,24	III. Massage			
				460	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	23,55	520	Teilmassage	45	2,62
				461	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77	521	Großmassage, je Sitzung	65	3,79
				462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73	523	Bindegewebssmassage/ Periostmassage/ manuelle Lymphdrainage	65	3,79
				463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28	525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	2,04
				469	Kaudalanästhesie	250	14,57	526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21
				470	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	23,31	527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	5,48
				471	Lumbalanästhesie/ periduralen Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	34,97	IV. Hydrotherapie und Packungen			
				472	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	46,63	530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04
				473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	34,97	531	Ansteigendes Teilbad	46	2,68
				474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	52,46	532	Ansteigendes Vollbad	76	4,43
				475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zur Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	26,23	533	Subaquales Darmbad	150	8,74
				476	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde	380	22,15	V. Wärmebehandlung			
				477	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07	535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	1,92
				478	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	13,41	536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	2,97
				479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,07	538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33
				480	Blutdrucksenkung während Narkose	222	12,94	539	Ultraschallbehandlung	44	2,56
				481	Hypothermie während Narkose	475	27,69	VI. Elektrotherapie			
				483	Lokalanästhesie, tiefere Nasenschnitt-/ Rachen	46	2,68	548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung	37	2,16
				484	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	2,68	549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	3,21
				485	Lokalanästhesie, Trommelfell/ Paukenhöhle	46	2,68	551	Reizstrombehandlung	48	2,80
				488	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	2,68	<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nrn. 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>			
				489	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/ Kehlkopf/ Rachen	145	8,45	552	Iontophorese	44	2,56
				490	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	3,56	553	Vierzellenbad	46	2,68
				491	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	7,05	554	Hydroelektrisches Vollbad	91	5,30
				493	Leitungsanästhesie, perineural	61	3,56	555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	6,99
				494	Leitungsanästhesie, endoneural	121	7,05	558	Apparative isokinetische Muskel-funktionstherapie, je Sitzung	120	6,99
				495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05	VII. Lichttherapie			
				497	Sympathikusblockade (lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	12,82	560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	1,81
				498	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	17,49	<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>			
				E. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN							
				Allgemeine Bestimmungen							
				In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.							
				I. Inhalationen							
				500	Inhalationstherapie	38	2,21	561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	1,81
				501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	5,01	562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	2,68
				<i>Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.</i>							
				II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen							
				505	Atmungsbehandlung	85	4,95	563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	2,68
				506	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung	120	6,99	564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	5,30
				507	Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung	80	4,66	565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99
				508	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41	566	Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag	500	29,14
				509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	2,21	567	Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30
				510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	4,08	569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75
				<i>Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.</i>							
				514	Extensionsbehandlung, Wärmerotherapie und Massage	105	6,12	F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE			
								600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	4,25
								601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56
								602	Oxymetrische Untersuchung	152	8,86
								603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes	90	5,25
								<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nr. 604 sind die Leistungen nach den Nrn. 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	160	9,33	629	Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	2000	116,57	676	Gastroskopie <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	800	46,63
605	Ruhe-spirographische Untersuchung	242	14,11	630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	908	52,92	677	Bronchoskopie/Thorakoskopie	600	34,97
605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	8,16					678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	52,46
606	Spiroergometrische Untersuchung	379	22,09	631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle - Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1110	64,70	679	Mediastinoskopie, mit Probeexzision/-punktion	1100	64,12
607	Residualvolumenbestimmung	242	14,11					680	Ösophagoskopie, mit Probeexzision/-punktion	550	32,06
608	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung, insgesamt	76	4,43	632	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle - Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1210	70,53	681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/ Probeexzision/ punktion	825	48,09
609	Bestimmung der Sekundenkapazität <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	182	10,61					682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	49,54
610	Ganzkörperplethysmographie <i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	605	35,26	633	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle - Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 633 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1110	64,70	683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	1000	58,29
611	Bestimmung der Lungendehnbareit	605	35,26					684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	69,94
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/ Atemwegwiderstand <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>	757	44,12	634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	685	Duodeno-/Jejunum-/Ösophago-/Gastro-/ Bulboskopie, mit Probeexzision/-punktion	1350	78,69
614	Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung	150	8,74					635	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung	227	13,23
615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode	227	13,23	636	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung nach Belastung	379	22,09	687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung <i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>	303	17,66					637	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	13,23
617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	19,88	638	Punktuale Arterien-/Venepuls-schreibung	121	7,05	689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	40,80
620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	152	8,86					639	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	26,46
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	7,40	640	Phlebodynamometrie	650	37,89	691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagusvarizen	1400	81,60
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61	641	Venenverschluss-plethysmographie	413	24,07	692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/Steinentfernung	1900	110,75
623	Flüssig-Kristall-Thermographie <i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>	140	8,16	642	Venenverschluss-plethysmographie mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	32,29	692a	Drainage, Plazierung in den Gallen-/ Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	23,31
624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>	330	19,23	643	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/ Venen	120	6,99	693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	17,49
626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 626 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	10,49	694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	29,14
627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 627 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1500	87,43	645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	37,89	695	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31
				646	Hypoxietest	605	35,26	696	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	11,66
628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	12,82	697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Röntgenkontrolle/Probeexzision/-punktion	400	23,31
				648	Messung zentraler Venen-/Arterien-druck mit Röntgenkontrolle	605	35,26	698	Kryochirurgie, Enddarm	200	11,66
629	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	649	Transkraniale Doppler-Sonographie	650	37,89	699	Infrarotkoagulation, Enddarm, je Sitzung	120	6,99
				650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	8,86	700	Laparoskopie/Nephroskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63
630	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 630 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	701	Laparoskopie, mit intraabdominalem Eingriff	1050	61,20
				652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	25,94	703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus-/Fundusvarizen	500	29,14
631	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 631 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 631 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	653	EKG, telemetrisch <i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	253	14,75	705	Proktoskopie	152	8,86
				654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	8,74	706	Licht-/Laserkoagulation bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97
632	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 632 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	8,86	714	Neurokinesisiologische Diagnostik / Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts / Statomotorik	180	10,49
				656	EKG, mittels intrakavitärer Ableitung, mit Röntgenkontrolle	1820	106,08	715	Prüfung der motorischen kindlichen Entwicklung <i>Neben der Leistung nach Nr. 715 sind die Leistungen nach den Nrn. 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82
633	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 633 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 633 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75	716	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Bewegungs-/Wahrnehmungsvermögen)	69	4,02
				659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31	717	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	110	6,41
634	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 634 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 634 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	660	Phonokardiographische Untersuchung, mit EKG-Kontrolle/ Karotispulskurve/ apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66	718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717 <i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>	251	14,63
				661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	30,89	719	Funktionelle Entwicklungstherapie, mindestens 45 Minuten	251	14,36
635	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 635 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 635 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	665	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechselapparat	121	7,05	725	Systematische sensomotorische Entwicklungs-/Übungsbehandlung, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten <i>Neben der Leistung nach Nr. 725 sind die Leistungen nach den Nrn. 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49
				666	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechselapparat mit Kohlensäurebestimmung	227	13,23	726	Systematische sensomotorische Behandlung von Sprachstörungen, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49
636	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 636 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 636 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	669	Ultraschallechographie, Gehirn	212	12,36				
				670	Einführung einer Magenverweilschleife	120	6,99				
637	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 637 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 637 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	671	Auseheberung des Magensaftes	120	6,99				
				672	Auseheberung des Duodenalsaftes	120	6,99				
638	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 638 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 638 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63	674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	370	21,57				
				675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	16,03				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus	924	53,86	1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41	1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar- Aderhauttumors	2770	161,46	1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06
1304	Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	53,86	1382	Goniotrepanation/Trabekulektomie/ Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52
1305	Operation der Lidsenkung	739	43,07	1383	Vitrektomie/Glaskörperstrangdurch- trennung	2500	145,72	1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57
1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70	1384	Vordere Vitrektomie	830	48,38	1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27	1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19	1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	64,70	J. HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE				1465	Punktion einer Kieferhöhle	119	6,94
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation	1850	107,83	1400	Genauere Hörprüfung	76	4,43	1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	10,38
1313	Abreiben/Scarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75	1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50	1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	23,72
1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31	1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	17,25
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	107,83	1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1469	Keilbeinhöhlenoperation/ Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	32,29
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Lei- stungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>				1470	Keilbeinhöhlenoperation/ Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenschmel/Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	43,07
1321	Operation des Flügelfells	296	17,25	1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	3,67	1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/ Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	86,27
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	1406	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	182	10,61	1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>				1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40
1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/ Lederhautwunde	230	13,41	1407	Impedanzmessung, Trommelfell/ Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	10,61	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungs- fähig.</i>			
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70	1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/ Lederhautverletzung	1850	107,83	1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/ Stirnhöhle	59	3,44
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	188,27	<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist ne- ben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungs- fähig.</i>				1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62
1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07	1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	5,30	1485	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbeinzellen, von außen	924	53,86
1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	32,29	1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70
1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70	1414	Diaphanoskopie der Nasen Nebenhöhlen	42	2,45	1487	Radikaloperation, Stirnhöhle/ Siebbeinzellen, von außen	1480	86,27
1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	43,07	1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/ Paukenhöhle	91	5,30	1488	Radikaloperation sämtlicher Neben- höhlen einer Seite	1850	107,83
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26	1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	75,19
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63	1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	17,25
1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78	1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/ Nasenrachenraum/ Stimmbänder	180	10,49	1495	Entfernung eines Nasenrachensfibroms	1110	64,70
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>				1496	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	129,40
1345	Hornhautplastik	1660	96,76	1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	2,91	1497	Tränensackoperation, vom Naseninnern aus	1110	64,70
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46	1426	Ausstopfung der Nase von vorn/hinten	100	5,83	1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	2,56
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61	1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	5,54	1499	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	26,99
1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50	1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	21,57	1500	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	43,07
1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83	1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43	1501	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41
1350	Staroperation	2370	138,14	1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	6,94	1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63
1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46	1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30	1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92	1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/ Seitenstrang, auch beidseitig	36	2,10	1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50	1438	Abtragung einer Nasenschmel	370	21,57	1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	5,42
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40	1439	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57	1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99
1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70	1440	Operative Entfernung, einzelne Nasenscheiden einer Nasenseite	130	7,58	1510	Schlitzung, Parotis-/Submandibularis- Ausführungsgang	190	11,07
1356	Eröffnung/Spülung/Wiederher- stellung der Augenvorderkammer	370	21,57	1441	Operative Entfernung, mehrere Nasenscheiden einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78
1357	Hinterer Sklerotomie	370	21,57	1445	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand	463	26,99	1512	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	64,70
1358	Zykliodialese/Iridektomie	1000	58,29	1446	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	43,07	1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57
1359	Zykliodermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation	500	29,14	1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76	1514	Entfernung der Zunge	2220	129,40
1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29	1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14	1515	Operation einer Speichelfistel	739	43,07
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83	1449	Plastische Operation bei ekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61	1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33	1520	Exstirpation der Unterkiefer-/ Unterzungspeicheldrüse	900	52,46
1365	Lichtkoagulation bei Netzhaut- ablösung-/blutung, je Sitzung	924	53,86	1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63	1521	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	107,83
1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70	<i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intuba-</i>				1522	Parotixestirpation	2000	116,57
1367	Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen	2220	129,40	<i>einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf</i>				1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf	46	2,68
1368	Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61	<i>Chemische Ätzung im Kehlkopf</i>				1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43
1369	Koagulation/Lichtkaustik, Netz-/ Aderhauttumor	1850	107,83	<i>Galvanokaustik/Elektrolyse/ Kürettement im Kehlkopf</i>				1527	Galvanokaustik/Elektrolyse/ Kürettement im Kehlkopf	370	21,57
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86	<i>Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf</i>				1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19	<i>Intubation/ Einführung von Dehnungs- instrumenten in den Kehlkopf</i>				1529	Intubation/ Einführung von Dehnungs- instrumenten in den Kehlkopf	152	8,86
1372	Wiederherstellung eines prothesen- fähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83	<i>Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop</i>				1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70	<i>Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr</i>				1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung	3500	204,01								
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01								
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27								
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe	280	16,32								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<i>tionsnarkose nicht berechnungs- fähig.</i>			1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27	1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33
1533	Schwebe-/Stützlarngoskopie	500	29,14	1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	86,27	1737	Meatomie	74	4,31
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99	1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	64,70	1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29
1535	Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf	647	37,71	1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	136,98	1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50
1540	Endolaryngeale Resektion/ frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83	1614	Tympanoplastik mit Interposition/ und Aufbau der Gehörknöchelchen- kette	3140	183,02	1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02	1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98	1741	Phimoseoperation	370	21,57
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmband- verlagerung	1850	107,83	1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	64,70	1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praepatii	85	4,95
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17	1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	40,80	1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	32,29
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes, mit Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	107,83	1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	136,98	1746	Operation einer Epispadie/ Hypospadie	1110	64,70
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40	1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	136,98	1747	Penisamputation	554	32,29
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	215,66	1625	Fazialisdekompression	2220	129,40	1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistendrüsen	2220	129,40
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie	2770	161,46	1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	77,52	1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72
1548	Einführung einer Silastikendopro- these im Larynxbereich	2060	120,07	1628	Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	43,07	1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52
1549	Fensterung des Schilddrüsens zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	1629	Extradurales/transstympanales operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	215,66	1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzenungen, Glands penis/ Corpora cavernosa	924	53,86
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	17,49	1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	43,07	1752	Operative Implantation einer Penis- Stützprothese	2500	145,72
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie	3000	174,86	1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschel	887	51,07	1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60	1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/ Skrotalfächer	180	10,49
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungs- fähig.</i>			1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29	1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	26,99
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29	1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	48,50
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18					1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopfflo- sen, je Sitzung	148	8,63					1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70
1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07					1759	Transpenile/transskrotale Venembolisation	2800	163,20
1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07					1760	Varikeleoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27
1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62					1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62					1762	Inguinale Lymphknotenrausräumung	1200	69,94
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31					1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13
1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	10,78					1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81
1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	4,31					1765	Hodenentfernung, einseitig	739	43,07
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers, Gehörgang/ Paukenhöhle	148	8,63					1766	Hodenentfernung, beidseitig	1200	69,94
1575	Inzision des Trommelfells	130	7,58					1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	26,99
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauer- drainage	320	18,65					1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94
1577	Einsetzen/Auswechseln Trommel- fellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	2,62					1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27
1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	2,33					1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle	70	4,08					1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	86,27
1580	Galvanokautik, Gehörgang/ Paukenhöhle	89	5,19					1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62
1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	7,58					1776	Eröffnung eines Prostataabzesses, vom Damm aus	370	21,57
1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25					1777	Elektro-/Kryoexzision der Prostata	924	53,86
1588	Hammer-Amboß-Exzision oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	554	32,29					1778	Operative Entfernung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83
1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	1,75					1779	Totale Entfernung, Prostata/ Samenblasen	2590	150,96
1590	Katheterismus der Ohrtrompete, auch beidseitig	74	4,31					1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33					1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83					1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27					1783	Pelvine Lymphknotenrausräumung	1850	107,83
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,7					1784	Totale Entfernung der Prostata/ Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	96,76					1785	Zystoskopie	207	12,07
1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/ des Labyrinthes/ eines Hirnabszesses	2770	161,46					1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	20,69
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	96,76					1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	161,46					1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25
								1789	Chromozystoskopie	325	18,94
								1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	21,57
								1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung	148	8,63
								1792	Uroflowmetrie	212	12,36
								1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31
									<i>Die Injektion von pharmakodyna- misch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>		
								1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	39,64
									<i>Die Injektion von pharmakodyna- misch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 1794 ist die Leistung nach Nr. 1793 nicht be- rechnungsfähig.</i>		
				1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung	74	4,31				
				1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	4,31	1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Katheterisierung	273	15,91
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07

K. UROLOGIE

Allgemeine Bestimmungen

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

1700	Spülung der männlichen Harnröhre	45	2,62
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung	74	4,31
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung	178	10,38
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	3,44
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31
1712	Endoskopie der Harnröhre	119	6,94
1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	17,25
1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	13,41
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	17,94
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29
1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29
1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	96,76
1724	Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	96,76
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44
1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung	104	6,06
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1797	Ausräumung einer Blutamponeade der Harnblase	355	20,69	1845	Implantation einer Niere	4990	290,85				
1798	Urethradruckprofilmessung	550	32,06	1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48	2055	Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie	2400	139,89
	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nrn. 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27	2056	Replantation, Hand, im Mittelhand-/Handwurzel-/Unterarmbereich	7000	408,01
1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74	1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40	2060	Replantation, Arm/Bein	8000	466,30
1800	Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27	1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01	2061	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41
1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkörpern, Koagulation von Geschwülsten, Fistelkatheter	1480	86,27	1850	Explantation/plastische Versorgung/Replantation einer Niere	6500	378,87	2062	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060	74	4,31
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07	1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86	2063	Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke	370	21,57
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70	1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80	2064	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2062	126	7,34
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1803 ist die Leistung nach Nr. 1802 nicht berechnungsfähig.</i>			1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94	2065	Sehnen-/Faszien-/Muskelverlängerung Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	924	53,86
1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i>			2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion	1850	107,83	1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27	2067	Operation, Hand-/Fußmittelfinger	1660	96,76
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion/Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40	1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48	2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnelsyndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23	1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72	2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83
1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78					2072	Offene Sehnen-/Muskel durchschneidung	463	26,99
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70	L. CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE				2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89
1812	Uretervervellschiene/Ureterkatheter	340	19,82	Allgemeine Bestimmungen				2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12
	<i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>			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.				2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86
1814	Harnleiterbougierung	900	52,46	Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 2990 oder Nr. 3135 zu kürzen.				2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne	950	55,37
1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitzung des Harnleiterostiums	1110	64,70	I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung				2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99
	<i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			2000 Erstversorgung, kleine Wunde 70 4,08				2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums	481	28,04	2001 Versorgung, kleine Wunde, mit Naht 130 7,58				2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes	1650	96,17
1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40	2002 Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht 160 9,33				2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
1818	Ureterektomie	2770	161,46	2003 Erstversorgung, große/verunreinigte Wunde 130 7,58				2084	Sehnscheidenstenosenoperation	407	23,72
1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58	2004 Versorgung, große Wunde, mit Naht 240 13,99				2087	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Teilentfernung Palmaraponeurose	924	53,86
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96	2005 Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht 400 23,31				2088	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmaraponeurose	1100	64,12
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Exzision des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i>				2089	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmaraponeurose/ Strangresektion an Fingern/Z-/Zickzackplastik	1800	104,92
1825	Harnleiterplastik, mit Antirefluxplastik	2770	161,46	2006 Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde 63 3,67				2090	Spülung, Sehnscheidenpanarium, je Sitzung	63	3,67
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99	2007 Entfernung von Fäden/Klammern 40 2,33				2091	Sehnscheidenradikaloperation	924	53,86
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43	2008 Wund-/Fistelspaltung 90 5,25				2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72
1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43	2009 Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/ Schleimhaut-Oberfläche 100 5,83				2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91
1829	Harnleiterfreilegung	2590	150,96	2010 Fremdkörper-Entfernung, tiefsitzend in Weichteilen/Knochen 379 22,09							
1829a	Ureterolyse	1110	64,70	2015 Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen 60 3,50				III. Gelenkchirurgie			
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			II. Extremitätenchirurgie				Allgemeine Bestimmungen			
1830	Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeentnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70	2029 Anlegen einer Blutleere-/sperr, Extremität 50 2,91				Werden Leistungen nach den Nrn. 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.			
1831	Dekapsulation einer Niere/ Senkniereoperation	1480	86,27	2030 Eröffnung, subkutanes Panarium/ Paronychie, mit Nagel-Exzision 130 7,58				Neben den Leistungen nach den Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.			
1832	Operative Anlage einer Nierenfistel	1660	96,76	2031 Eröffnung, ossales Panarium/ Sehnscheidenpanarium 189 11,02				Die Leistungen nach den Nrn. 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.			
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81	2032 Anlage einer Spül-/Saugdrainage 250 14,57				2100	Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh	278	16,20
1834	Operation eines absterbenden Nierengefäßes	1480	86,27	2033 Nagel-Exzaktion 57 3,32				2101	Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/Hand/Fuß	554	32,29
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27	2034 Nagel-Ausrüttung, mit Exzision der Nagelwurzel 114 6,64				2102	Gelenkkapsel-Naht, Schulter/ Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel	1110	64,70
1836	Nierenpolresektion	2770	161,46	2035 Plastische Operation am Nagelwall 180 10,49				2103	Muskelspannungsoperation am Hüftgelenk	1850	107,83
1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76	2036 Anlegen einer Nagelspange 45 2,62				2104	Bandplastik des Kniegelenks	2310	134,64
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40	2040 Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile 554 32,29				2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk	550	32,06
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46	2041 Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung 700 40,80				2106	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmoose	1110	64,70
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46	2042 Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie 1100 64,12				2110	Synovektomie, Finger-/Zehengelenk	750	43,72
1841	Nephrektomie	2220	129,40	2043 Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie 1450 84,52				2111	Synovektomie, Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27	2044 Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie 1700 99,09				2112	Synovektomie, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48	2045 Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk 600 34,97				2113	Synovektomie, Hüftgelenk	1850	107,83
				2050 Fingerverlängerung mittels Knochen- transplantation, mit Fernlappenplastik 1800 104,92				2117	Meniskusoperation	1480	86,27
				2051 Operation eines Ganglions, am Hand-/ Fußgelenk 600 34,97				2118	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk	463	26,99
				2052 Operation eines Ganglions, am Fingergelenk 554 32,29				2119	Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
				2053 Replantation eines Fingers 2400 139,89				2120	Denervation, Finger-/Zehengelenk	650	37,89
				2054 Plastischer Daumenersatz durch Fingerttransplantation/ Daumen- 2400 139,89				2121	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/Fuß-/ Kniegelenk	1300	75,77
								2122	Resektion, Finger-/Zehengelenk	407	23,72
								2123	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
								2124	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83
								2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40
								2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2770	161,46
								2130	Operative Versteifung, Finger-/ Zehengelenk	650	37,89
								2131	Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk	1300	75,77

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46		IV. Gelenkluxationen			2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2133	Operative Versteifung, Kniegelenk	2100	122,40		Allgemeine Bestimmungen			2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76
2134	Arthroplastik, Finger-/Zehngelenk	924	53,86		Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.			2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46
2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	1400	81,60	2203	Einrenkung, Luxation Wirbelgelenk	739	43,07	2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83
2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/Kniegelenk	1660	96,76	2204	Einrenkung, alte Luxation Wirbelgelenk	1110	64,70	2267	Knochenzerbrechung	463	26,99
2137	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40	2205	Einrenkung, Luxation Finger-/Zehngelenk	93	5,42	2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92
2140	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehngelenk oder Fingerprothese	1000	58,29	2206	Einrenkung, alte Luxation Finger-/Zehngelenk	140	8,16	2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92
2141	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehngelenk oder Fingerprothese	1800	104,92	2207	Einrenkung, Luxation Daumengelenk	148	8,63	2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86
2142	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38	2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82	2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83
2143	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	4860	283,28	2209	Einrenkung, Luxation Daumengelenk, mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57	2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64
2144	Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	3600	209,83	2210	Operative Einrenkung, Luxation Finger-/Zehngelenk	407	23,72	2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46
2145	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	6480	377,70	2211	Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	278	16,20	2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05
2146	Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	1800	104,92	2212	Einrenkung, alte Luxation Hand-/Fußgelenk	420	24,48	2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeinfdefekt	3500	204,01
2147	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	3240	188,85	2213	Operative Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	1110	64,70	2279	Chemonukleolyse	600	34,97
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie	2100	122,40	2214	Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57	2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16
2149	Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate	2770	161,46	2215	Einrenkung, alte Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	540	31,48	2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60
2150	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/Hüftpfanne	4980	290,27	2216	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83	2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27
2151	Endoprothetischer Totalsatz, Hüftpfanne/Hüftkopf	3700	215,66	2217	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57	2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83
2152	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalsatz von Hüftpfanne/Hüftkopf	6660	388,19	2218	Einrenkung, Luxation Schultergelenk	540	31,48	2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29
2153	Endoprothetischer Totalsatz, Kniegelenks	3700	215,66	2219	Operative Einrenkung, Luxation Schultergelenk	1850	107,83	2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27
2154	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalsatz eines Kniegelenks	6660	388,19	2220	Operation, habituelle Luxation Schultergelenk	2250	131,15	2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72
2155	Eröffnung, vereitertes Finger-/Zehngelenk	148	8,63	2221	Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniegelenk	111	6,47	2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Aufspreiz-/Abstützvorrichtung	3700	215,66
2156	Eröffnung, vereitertes Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	463	26,99	2222	Einrenkung, alte Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniegelenk	170	9,91	2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06
2157	Eröffnung, vereitertes Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbelgelenk	924	53,86	2223	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk	400	23,31	2289	Neueinpfanzung, Aufspreiz-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15
2158	Exartikulation, Finger/Zehe	370	21,57	2224	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese	800	46,63	2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46
2159	Exartikulation, Hand/Fuß	924	53,86	2225	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese/Rekonstruktion des Bandapparat	1000	58,29	2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62
2160	Exartikulation, Ellenbogen-/Kniegelenk	1110	64,70	2226	Einrenkung, eingeklemmter Meniskus/ Subluxation Radiusköpfchen/ Luxation Sternoklavikulargelenk	120	6,99	2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70
2161	Exartikulation, Schultergelenk	1290	75,19	2230	Operation, Luxation Kniegelenk	900	52,46	2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57
2162	Exartikulation, Hüftgelenk	1480	86,27	2231	Einrenkung, Luxation Hüftgelenk	739	43,07	2294	Steißbeinresektion	554	32,29
2163	Operative Entfernung, Schultergürtelhälfte	1850	107,83	2232	Einrenkung, alte Luxation Hüftgelenk	1110	64,70	2295	Exostosenaufmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99
2164	Operative Entfernung, Beckenhälfte, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	2233	Einrenkung, angeborene Luxation Hüftgelenk	550	32,06	2296	Exostosenaufmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86
2165	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	2234	Stellungänderung/ Folgebehandlung bei Therapie nach Nr. 2233	473	27,57	2297	Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenkplastik/ Mittelfußosteotomie, einschließlich der Nrn. 2295 und 2296	1180	68,78
2166	Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes	3200	186,52	2235	Operation, habituelle Luxation Kniegelenk	1660	96,76				
2168	Entfernung einer Kniegelenksendoprothese, mit Gelenk-Versteifung	3200	186,52	2236	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kapselbandapparat	1850	107,83		VI. Frakturbehandlung		
2170	Amputation, Finger/Zehe, mit plastischer Deckung	463	26,99	2237	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46	2320	Einrichtung, gebrochene Nase	189	11,02
2171	Amputation, Finger/Zehenstrahl in Mittelhand/-fuß, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2238	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27	2321	Einrichtung, gebrochener Gesichtsknochen	227	13,23
2172	Amputation, Mittelhand/Mittelfußknochen, mit plastischer Deckung	924	53,86	2239	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation	1480	86,27	2322	Aufrichtung, gebrochener Wirbel	757	44,12
2173	Amputation, Unterarm/Unterschenkel/ Oberarm, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Knochenimplantation/ Beckenosteotomie	2770	161,46	2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12
2174	Amputation, Oberschenkel, mit plastischer Deckung	1290	75,19	2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/ Osteosynthese	4500	262,29	2324	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein	152	8,86
2181	Lockerung/Streckung, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	227	13,23					2325	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein, mit Nagelung/Drahtung	567	33,05
2182	Lockerung/Streckung, Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Kniegelenk	379	22,09					2326	Einrichtung, gebrochenes Schulterblatt/ Brustbein	227	13,23
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel	740	43,13					2327	Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen	473	27,57
2184	Anlegen von Halo-Extensionen bei Skoliosen/Kyphosen	1000	58,29					2328	Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen	341	19,88
2189	Arthroskopische Operation, Meniskus, Entfernung/Teilresektion	1500	87,43		V. Knochenchirurgie			2329	Einrichtung, gebrochenes Becken	473	27,57
2190	Arthroskopische Operation, Meniskus, Naht/Refixation	1800	104,92	2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99	2330	Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen	757	44,12
2191	Arthroskopische Operation, Kreuz-/Seitenband am Kniegelenk	2000	116,57	2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19	2331	Einrichtung, gebrochener Handwurzel/Mittelhand/Fußwurzel/ Mittelfuß	227	13,23
2192	Arthroskopische Operation, Zuschlag zu Nr. 2191 für weiteres Band desselben Kniegelenks	500	29,14	2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83	2332	Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/luxiertes Wirbelkörper/ Wirbelgelenk	2500	145,72
2193	Arthroskopische Operation, Synovektomie an Knie-/Hüftgelenk	1800	104,92	2253	Knochenpanentnahme	647	37,71	2333	Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/ luxierte Wirbelkörper/Wirbelgelenke	3700	215,66
2195	Zuschlag, weitere Operation an demselben Gelenk – zusätzlich zu Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49	2254	Implantation von Knochen	739	43,07	2334	Operative Stabilisierung, eine Brustwandsite	2800	163,20
2196	Diagnostische Arthroskopie bei Nrn. 2189 bis 2191, 2193	250	14,57	2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27	2335	Einrichtung, gebrochene Kniegelenk-/Unterschenkelknochen	473	27,57
				2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99	2336	Operative Einrichtung, gebrochene Kniegelenk	650	37,89
				2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63	2337	Einrichtung, gebrochene Fingerend-/ Zehenknochen	76	4,43
				2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94	2338	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/ Fingermittel-/Großzehenknochen	152	8,86
				2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
2657	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste	760	44,33	2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	69,94	2902	Operation/venöse Anastomose/Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	269,29	
2658	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	500	29,14	XI. Gefäßchirurgie				4. Sympathikuschirurgie				
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	400	23,31	1. Allgemeine Verrichtungen				2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57	
2670	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	500	29,14	2800	Venaesectio	275	16,03	2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	
2671	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	300	17,49	2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	26,99	XII. Thoraxchirurgie				
2675	Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuboplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	49,54	2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	129,40	2950	Resektion, eine Rippe	739	43,07	
2676	Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer	2200	128,23	2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	86,27	2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	64,70	
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	40,80	2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	14,75	2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	64,70	
2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83	2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	2953	Thorakoplastik	3140	183,02	
2681	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	23,31	2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	43,07	2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröffnung	4620	269,29	
2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60	2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	23,31	2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	291,44	
2685	Reposition, Zahn	200	11,66	2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	43,13	2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40	
2686	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	17,49	2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	291,44	2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	174,86	
2687	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77	2. Arterienchirurgie				2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	297,27	
2688	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	43,72	2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	183,02	2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	174,86	
2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29	2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	244,81	2961	Anlage, Pleuradrainage	554	32,29	
2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	209,83	2822	Rekonstruktive Operation, Arterarterie	2300	134,06	2971	Spülung, Pleuraraum	148	8,63	
2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte	1500	87,43	2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	107,83	2972	Pleurageewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung	666	38,82	
2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	69,94	2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	174,86	2973	Pleurektomie, einseitig	2220	129,40	
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23	2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	378,87	2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	183,02	
2695	Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38	2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	378,87	2975	Dekortikation, Lunge	4800	279,78	
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/ oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14	2827	Operation, Aneurysma, großes Thoraxgefäß	7500	437,15	2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	116,57	
2697	Anlegen von Drahtligaturen/ Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14	2828	Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	174,86	2977	Thorakokaustik,			
2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43	2829	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	303,09	2978	bei Spontanpneumothorax	739	43,07	
2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23	2834	Operation, Nierengefäß	1480	86,27	2979	Operative Entfernung, Pleuraempyem	1110	64,70	
2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	20,40	2835	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Stenose/ Verschluss	4500	262,29	2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40	
2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/ Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	104,92	2836	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	291,44	2990	Thorakotomie zur diagnostischen Zwecke	1110	64,70	
2702	Wiederanbringung/Änderung/ Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49	2837	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	291,44	2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27	
2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09	2838	Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	291,44	2992	Thorakotomie, mit Gewebentnahme für histologische/bakteriologische Untersuchung	1290	75,19	
2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77	2839	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	4300	250,64	2993	Thorakotomie, mit Gewebentnahme/intrathorakale Präparationen	1480	86,27	
2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12	2840	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	3000	174,86	2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	161,46	
2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	43,72	2841	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	174,86	2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	183,02	
2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3000	174,86	2842	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	2000	116,57	2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15	
2715	Suprahyoideale Lymphknoten-ausräumung einer Seite	2000	116,57	2843	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	3700	215,66	2997	Lobektomie/Lungensegmentresektion(en)	5100	297,27	
2716	Radikale Halslymphknoten-ausräumung einer Seite	5000	291,44	2844	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Extremitäten/ Hals	3700	215,66	2998	Bilobektomie	4800	279,78	
2720	Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	800	46,63	3. Venenchirurgie				2999	Pneumonektomie, mit intraperikardialer Gefäßversorgung/Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41	
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	500	29,14	2880	Inzision, Varixknoten	148	8,63	3000	Bronchotomie	2770	161,46	
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	338,07	
X. Halschirurgie				2882	Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	3002	Operative Kavernen-/Lungenabszesseröffnung	4800	279,78	
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	2885	Entfernung, kleine Blutadergeschwulst	1200	69,94	3010	Sternotomie	1110	64,70	
2751	Tracheotomie	554	32,29	2886	Entfernung, große Blutadergeschwulst	2770	161,46	3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	233,15	
2752	Exstirpation, Ductus thyreoglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresektion Zungenbein	1350	78,69	2887	Thrombektomie	2000	116,57	3012	Drainage, Mediastinum	554	32,29	
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	96,76	2888	Veno-venöse Umleitung	3140	183,02	3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15	
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	96,76	2889	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	215,66	XIII. Herzchirurgie				
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse	1850	107,83	2890	Isolierte Seitenastextirpation/ Perforansdissektion/ Perforansligatur	350	20,4	3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	107,83	
2756	Ausschälung, Nebenschilddrüse	2200	128,23	2891	Rekonstruktive Operation, Körperven	3000	174,86	3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	75,19	
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromgebiete/ Nachbarorgane	3700	215,66	2895	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	86,27	3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70	
				2896	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat	2100	122,40	3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70	
				2897	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	69,94	3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83	
				2898	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	87,43	3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29	
				2899	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	129,40	<i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.</i>				
				2900	Operation/Dissektion, bei portalem Hochdruck	3140	183,02	3060	Intraoperative Funktionsmessungen, Herz	554	32,29	
				2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	215,66	3065	Operation, Perikard	2000	116,57	
								3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	183,02	
								3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	86,27	
								3068	Anlage, künstliche Pulmonalisstammstenose	3140	183,02	
								3069	Shuntoperation, herznahe Gefäße	3000	174,86	
								3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86	
								3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86	
								3072	Operativer Verschluss, Vorhofseptumdefekt vom Sekundum-Typ	3000	174,86	
								3073	Operativer Verschluss, Vorhofseptumdefekt anderen Typs	4000	233,15	
								3074	Komplette intraatriale Blutumleitung	6500	378,87	
								3075	Thromb-/Embolektomie/ Fremdkörperentfernung, Herz/ herznahes Gefäß	3000	174,86	
								3076	Operative Entfernung, Herztumor/ Herzwandaneurysma/Herzdivertikel	4800	279,78	

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
9.	ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst: Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination); Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen; Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern; Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten. Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.		
10.	Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.		
11.	Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 sind nur nach Nr. 437 berechnungsfähig.		
I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis			
Allgemeine Bestimmungen			
Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaussähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.			
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25
<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>			
3501	Blutsenkung	60	3,50
3502	Differenzierung, Blutausschicht	120	6,99
3503	Hämatokrit	70	4,08
Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße			
Katalog			
3504	Erythrozyten		
3505	Leukozyten		
3506	Thrombozyten		
3508	Mikroskopie, Nativpräparat, je Material	80	4,66
3509	Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material	100	5,83
3510	Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat	120	6,99
3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung	50	2,91
<i>Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>			
Untersuchung, je Messgröße			
Katalog			
3512	Alpha-Amylase		
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)		
3514	Glukose		
3515	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT)		
3516	Glutamopyruvattransaminase (GPT)		
3517	Hämoglobin		
3518	Harnsäure		
3519	Kalium		
3520	Kreatinin		
3521	Lipase		
Untersuchung, je Messgröße			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
<i>Katalog</i>			
3523	Antistreptolysin (ASL)		
3524	C-reaktives Protein (CRP)		
3525	Mononukleostest		
3526	Rheumafaktor (RF)		
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	130	7,58
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	150	8,74
3530	Thromboplastinzeit (Quickwert)	120	6,99
3531	Urinsediment	70	4,08
3532	Mikroskopie, Urinsediment	90	5,25
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 Nr. 3541.H zu beachten.			
Höchstwerte			
3541.H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	27,98
1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen			
3550	Blutbild/Blutbildbestandteile	60	3,50
<i>Die Leistung nach Nr. 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden: 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>			
3551	Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550	20	1,17
3552	Retikulozytenzahl	70	4,08
2. Elektrolyte, Wasserhaushalt			
3555	Calcium	40	2,33
3556	Chlorid	30	1,75
3557	Kalium	30	1,75
3558	Natrium	30	1,75
3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel			
Allgemeine Bestimmung			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			
3560	Glukose	40	2,33
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1), HbA1c)	200	11,66
3562.H1	Cholesterin	40	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	2,33
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	2,33
3565.H1	Triglyzeride	40	2,33
4. Proteine, Elektrophoreseverfahren			
Allgemeine Bestimmung			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			
3570.H1	Albumin, photometrisch	30	1,75
3571	Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin	150	8,74
3572	Immunglobulin E (IgE)	250	14,57
3573.H1	Gesamt-Protein Serum/Plasma	30	1,75
3574	Proteinelektrophorese Serum	200	11,66
3575	Transferrin	100	5,83
5. Substrate, Metabolite, Enzyme			
Allgemeine Bestimmung			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			
3580.H1	Anorganisches Phosphat	40	2,33
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	2,33
3582	Bilirubin, direkt	70	4,08

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3583.H1	Harnsäure	40	2,33
3584.H1	Harnstoff	40	2,33
3585.H1	Kreatinin	40	2,33
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	2,33
3588.H1	Alpha-Amylase	50	2,91
3589.H1	Cholinesterase	40	2,33
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	2,33
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB)	50	2,91
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)	40	2,33
3593.H1	Glutamatoxalacetattransaminase (GLDH)	50	2,91
3594.H1	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT)	40	2,33
3595.H1	Glutamopyruvattransaminase (GPT)	40	2,33
3596.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	40	2,33
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33
3598.H1	Lipase	50	2,91
3599	Saure Phosphatase (sP)	70	4,08
6. Gerinnungssystem			
3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	50	2,91
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ)	70	4,08
3607	Thromboplastinzeit (Quickwert)	50	2,91
7. Funktionsteste			
Allgemeine Bestimmungen			
Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.			
3610	Amylase-Clearance	100	5,83
3611	Blutzuckertagesprofil	160	9,33
3612	Glukosetoleranztest, intravenös	280	16,32
3613	Glukosetoleranztest, oral	160	9,33
3615	Kreatinin-Clearance	60	3,50
8. Spurenelemente			
3620	Eisen	40	2,33
3621	Magnesium	40	2,33
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 Nrn. 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.			
Höchstwerte			
3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	50,71
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	81,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	32,06
1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)			
3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	3,50
<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>			
3651	Mikroskopie, Urinsediment	70	4,08
3652	Streifenfest im Urin, je Untersuchung	35	2,04
3653	Urinsediment	50	2,91
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count)	80	4,66
2. Sekrete, Liquor, Konkremente			
3660	Mikroskopie, Sekret	40	2,33
3661	Gallensediment	40	2,33
3662	HCl	70	4,08
3663	Differenzierung, Sperma	160	9,33
3664	Spermienagglutination	120	6,99
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	8,74
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung	70	4,08
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma	400	23,31
<i>Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>			
3669	Erythrozytenzahl (Liquor)	60	3,50

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
11. Nucleinsäuren und ihre Metabolite				3920	Isolierung humaner Nucleinsäuren	900	52,46	3921	Spaltung humaner Nucleinsäuren, je Enzym	150	8,74
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	3923	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	3924	Identifizierung humaner Nucleinsäurefragmenten durch Hybridisierung, je Sonde	300	17,49
3925	Trennung humaner Nucleinsäurefragmente, Elektrophorese	600	34,97	3926	Identifizierung humaner Nucleinsäurefragmente durch Sequenzermittlung	2000	116,57				
12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem				3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41	3931	Antithrombin III, Immundiffusion	180	10,49
3932	Blutungszeit	60	3,50	3933	Fibrinogen, koagulometrisch	100	5,83	3934	Fibrinogen, Immundiffusion	180	10,49
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99	3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	14,57	3937	Fibrinspaltprodukte, qualitativ	180	10,49
3938	Fibrinspaltprodukte, quantitativ	360	20,98	3939	Gerinnungsfaktor II/V/VIII/IX/X, je Faktor	460	26,81	3940	Gerinnungsfaktor VII/XI/XII, je Faktor	720	41,97
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag	250	14,57	3942	Gerinnungsfaktor XIII	180	10,49	3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion	250	14,57
3944	Gewebspfasinogenaktivator (t-PA)	300	17,49	3945	Heparin	140	8,16	3946	Partielle Thromboplastinzeit, Doppelbestimmung	70	4,08
3947	Plasmetauschversuch	460	26,81	3948	Plasminogen	140	8,16	3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI)	410	23,90
3950	Plättchenfaktor (3, 4), je Faktor	480	27,98	3951	Protein C-Aktivität	450	26,23	3952	Protein C-Konzentration	450	26,23
3953	Protein S-Aktivität	450	26,23	3954	Protein S-Konzentration	450	26,23	3955	Reptilasezeit	100	5,83
3956	Ristocetin-Cofaktor	200	11,66	3957	Thrombelastogramm	180	10,49	3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex	480	27,98
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83	3960	Thromboplastinzeit (Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08	3961	Thrombozytenaggregationstest	900	52,46
3962	Thrombozytenausbreitung	60	3,50	3963	Von Willebrand-Faktor (vWF)	480	27,98	3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität	360	20,98
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration	260	15,15	3966	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97	3967	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14
Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems				250	14,57						
<i>Katalog</i>											
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität			3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion			3970	Komplementfaktor C4-Aktivität		
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion										
13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System				3980	AB0-Merkmal	100	5,83	3981	AB0-Merkmal/Isoagglutinine	180	10,49
3982	AB0-Merkmal/Isoagglutinine/Rhesusfaktor	300	17,49	3983	AB0-Merkmal/Isoagglutinine/Rhesusformel	500	29,14	Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale			
<i>Katalog</i>				3984	im NaCl-/Albumin-Milieu, je Merkmal	120	6,99	3985	im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	11,66
3986	im indirekten Coombstest (Kidd/Lutheran), je Merkmal	360	20,98	Bei den Leistungen nach den Nrn. 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.							
3987	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest	140	8,16	3988	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), indirekter Coombstest	200	11,66	3989	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (acht bis zwölf Test-Präparationen), indirekter Coombstest, nach Nr. 3987/3988, je Test-Präparation	60	3,50
3990	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu	70	4,08	3991	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu	100	5,83	3992	Antikörper gegen Erythrozytenantigene, (acht bis zwölf Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu, nach Nr. 3990/3991, je Test-Präparation	30	1,75
3993	Bestimmung des Antikörpertiters, nach Nr. 3989/3992	400	23,31	3994	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Erythrozytenantigene	140	8,16	3995	Qualitativer Antikörper-Nachweis gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (bis zu zwei Titerstufen)	350	20,40
3996	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (mehr als zwei Titerstufen)	600	34,97	3997	Direkter Coombstest, mindestens zwei Antiseren	120	6,99	3998	Ermittlung der Antikörperklasse, nach Nr. 3989/3997, je Antiserum	90	5,25
3999	Antikörper-Elution/-Absorption, je Untersuchung	360	20,98	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>							
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	11,66	4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) Identitätssicherung im AB0-System	300	17,49	<i>Die Leistung nach Nr. 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>			
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	5,83	4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organellen/Proteinen, je Isolierung	400	23,31	4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	43,72
4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86	4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	1,75	4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83
4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72	4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38	4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26	4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72	4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	268,12
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	134,06	14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren							
Allgemeine Bestimmung				Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.							
Hormonbestimmung, Ligandenassay				250	14,57	<i>Katalog</i>					
4020	Cortisol			4021	Follicotropin (FSH)			4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)		
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)			4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)			4025	Insulin		
4026	Luteotropin (LH)			4027	Östrial			4028	Plazentalaktogen (HPL)		
4029.H4	T3-Uptake-Test			4030	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)			4031.H4	Thyroxin		
4032.H4	Trijodthyronin			4033	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Hormonbestimmung, Ligandenassay				350	20,40	<i>Katalog</i>					
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron			4036	Androstendion			4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)		
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)			4039	Östradiol			4040	Progesteron		
4041	Prolaktin			4042	Testosteron			4043	Wachstumshormon (HGH)		
4044	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
Hormonbestimmung, Ligandenassay				480	27,98	<i>Katalog</i>					
4045	Aldosteron			4046	C-Peptid						
4047	Calcitonin			4048	cAMP			4049	Corticotropin (ACTH)		
4050	Erythropoetin			4051	Gastrin			4052	Glukagon		
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauringravidität			4054	Osteocalcin			4055	Oxytocin		
4056	Parathormon			4057	Reninaktivität (PRA)			4058	Reninkonzentration		
4060	Somatomedin			4061	Vasopressin (Alduretin, ADH)			4062	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>											
Hormonbestimmung, Ligandenassay				750	43,72	<i>Katalog</i>					
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)			4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)			4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)		
4067	Parathyroid hormone related peptide			4068	Vasopressin intestinales Polypeptid (VIP)			4069	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>											
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay	900	52,46	Hormonbestimmung, Chromatographie/Photometrie							
<i>Katalog</i>				570	33,22						
4071	5-Hydroxyindoleessigsäure (5-HIES)			4072	Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin			4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074	Metanephrine			4075	Serotonin			4076	Steroidprofil		
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)			4078	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	20,40	4080	5-Hydroxyindoleessigsäure (5-HIES)	120	6,99	4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	6,99
4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	8,16	4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	33,22	4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	33,22
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57	4086	Östrogenrezeptoren	1200	69,94	4087	Progesteronrezeptoren	1200	69,94
4088	Andere Hormonrezeptoren	1200	69,94	4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	26,23	15. Funktionsteste			
Allgemeine Bestimmungen				Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.							
4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin)	1140	66,45
4093	Cortisoltagprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol)	1000	58,29	4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol)	2190	127,65	4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose)	200	11,66
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen)	120	6,99	4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4098	Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14
4099	Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse (Viermalige Titration HCl)	280	16,32	4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/Wachstumshormon/Insulin)	3840	223,82

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
4871	Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen	289	16,85					5235	Refluxzystographie, retrograd, als selbständige Leistung	500	29,14
4872	Chromosomenanalyse	1950	113,66					5250	Kontrastuntersuchung, Gebärmutter/Eileiter	400	23,31
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung	3030	176,61								
O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRAHLENTHERAPIE								4. Spezialuntersuchungen			
I. Strahlendiagnostik											
Allgemeine Bestimmungen											
1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentati- und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.											
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.											
3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.											
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.											
5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.											
6. Die Leistungen nach den Nrn. 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.											
7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.											
1. Skelett											
Allgemeine Bestimmung											
Neben den Leistungen nach den Nrn. 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.											
Zähne											
5000	Röntgen, Zähne, je Projektion	50	2,91								
<i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>											
5002	Panoramaaufnahme, Kiefer	250	14,57								
5004	Panoramaschichtaufnahme, Kiefer	400	23,31								
Röntgen, Finger/Zehen											
5010	jeweils zwei Ebenen	180	10,49								
5011	ergänzende Ebene(n)	60	3,50								
<i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>											
Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe											
5020	jeweils zwei Ebenen	220	12,82								
5021	ergänzende Ebene(n)	80	4,66								
<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>											
Röntgen, Arm-/Bein-/Becken-Teile, ganzer(r) Hand/Fuß, Kreuzbein											
5030	jeweils zwei Ebenen	360	20,98								
5031	ergänzende Ebene(n)	100	5,83								
<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>											
5035	Röntgen, Skelett-Teile, je Teil	160	9,33								
				<i>Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>							
				<i>Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>							
5037	Bestimmung des Skeletalters	300	17,49								
5040	Beckenübersicht	300	17,49								
5041	Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr	200	11,66								
5050	Kontrastuntersuchung, Hüfte/Knie/Schulter	950	55,37								
5060	Kontrastuntersuchung, Kiefer	500	29,14								
5070	Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk	400	23,31								
5090	Röntgen, Schädel	400	23,31								
5095	Röntgen, Schädelteile	200	11,66								
5098	Röntgen, Nasennebenhöhlen	260	15,15								
5100	Röntgen, HWS, zwei Ebenen	300	17,49								
5101	ergänzende Ebene(n)	160	9,33								
5105	Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil	400	23,31								
5106	ergänzende Ebene(n)	180	10,49								
5110	Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität	500	29,14								
5111	ergänzende Ebene(n)	200	11,66								
				<i>Die Leistung nach Nr. 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>							
				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.</i>							
				<i>Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i>							
5115	Röntgen, mit Feinstfokus-/Xeroradiographietechnik, Hand/Fuß, je Teil	400	23,31								
5120	Röntgen, Rippen/Schulterblatt/Brustbein, eine Ebene	260	15,15								
5121	ergänzende Ebene(n)	140	8,16								
				2. Hals- und Brustorgane							
5130	Röntgen, Hals/Mundboden	280	16,32								
5135	Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene	280	16,32								
				<i>Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>							
5137	Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen	450	26,23								
5139	Röntgen, Teil der Brustorgane	180	10,49								
				<i>Die Berechnung der Leistung nach Nr. 5139 neben den Leistungen nach den Nrn. 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i>							
5140	Röntgen, Brustorgane im Mittelformat	100	5,83								
				3. Bauch- und Verdauungsorgane							
5150	Kontrastuntersuchung, Speiseröhre, als selbständige Leistung	550	32,06								
5157	Monokontrastuntersuchung, oberer Verdauungstrakt	700	40,80								
5158	Doppelkontrastdarstellung, oberer Verdauungstrakt, einschließlich der Nr. 5150	1200	69,94								
5159	Zuschlag zu Nrn. 5157 und 5158 bei Untersuchung bis zum Ileoözalkalgebiet	300	17,49								
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung	1300	75,77								
5165	Monokontrastuntersuchung, Dickdarm	700	40,80								
5166	Doppelkontrastuntersuchung, Dickdarm	1400	81,60								
5167	Defäkographie	1000	58,29								
5168	Pharyngographie, einschließlich Speiseröhre	800	46,63								
5169	Kontrastuntersuchung, Gallenblase/Gallenwege/Pankreasgänge	400	23,31								
5190	Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene	300	17,49								
				<i>Die Leistung nach Nr. 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>							
5191	Röntgen, Bauchübersicht, zwei oder mehr Ebenen	500	29,14								
5192	Röntgen, Bauchtelaufnahme	200	11,66								
5200	Kontrastuntersuchung, Harntrakt	600	34,97								
5201	Ergänzende Ebene zur Nr. 5200	200	11,66								
5220	Kontrastuntersuchung, Harntrakt retrograd, je Seite	300	17,49								
5230	Urethrozystographie, retrograd	300	17,49								
				5. Angiographie							
				Allgemeine Bestimmungen							
				Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.							
				Die Leistungen nach den Nrn. 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.							
5300	Serienangiographie, Schädel/Brust/Bauch, eine Serie	2000	116,57								
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5300, je Serie	400	23,31								
				<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnvorsorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5301 berechnungsfähig.</i>							
5302	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97								
5303	Serienangiographie, Schädel/Brust/Bauch, bei Nrn. 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29								
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5303, je Serie	200	11,66								
				<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnvorsorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5304 berechnungsfähig.</i>							
5305	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49								
5306	Serienangiographie, Becken/beide Beine, eine Serie	2000	116,57								
5307	Zweite Serie im Anschluss an Nr. 5306	600	34,97								
5308	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63								
				<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nrn. 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>							
				<i>Werden die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nrn. 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>							
5309	Serienangiographie, eine Extremität, eine Serie	1800	104,92								
5310	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5309, insgesamt	600	34,97								
5311	Serienangiographie, weitere Extremität, bei Nr. 5309, eine Serie	1000	58,29								
5312	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5311, insgesamt	600	34,97								
5313	Angiographie mit Großkassetten, Becken/Bein, je Sitzung	800	46,63								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
5315	Die Leistung nach Nr. 5313 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig. Angiokardiographie einseitig, eine Serie	2200	128,23	5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97		Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5316	Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Angiokardiographie beidseitig, eine Serie	3000	174,86	5348	Neben der Leistung nach Nr. 5346 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Dilatation, Koronararterien	3800	221,49	5361	Transhepatische Drainage/Dilatation von Gallengängen	2600	151,55
5317	Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5348 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5348 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5348 neben einer Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.				Neben der Leistung nach Nr. 5361 sind die Leistungen nach den Nrn. 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
5318	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31	5349	Zuschlag zu Nr. 5348, Dilatation mehr als eine Koronararterie, insgesamt	1000	58,29	7. Computertomographie			
5324	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt	600	34,97		Neben der Leistung nach Nr. 5349 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			Allgemeine Bestimmungen			
5325	Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.			5351	Lysebehandlung, mehr als einer Stunde, Einzelbehandlung oder ergänzend zu Nrn. 2826, 5345 oder 5348	500	29,14	Die Leistungen nach den Nrn. 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nr. 5369 zu beachten.			
5326	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			5352	Zuschlag zu Nr. 5351, Lysebehandlung Hirnarterien	1000	58,29	5369	Höchstwert für Nrn. 5370 bis 5374	3000	174,86
5327	Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie	3000	174,86	5353	Dilatation, Venen	2000	116,57		Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.		
5328	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31		Neben der Leistung nach Nr. 5353 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			5370	CT, Kopf	2000	116,57
5329	Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	58,29	5354	Zuschlag zu Nr. 5353, Dilatation mehr als zwei Venen, insgesamt	200	11,66	5371	CT, Hals/Thorax	2300	134,06
5330	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5354 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			5372	CT, Abdomen	2600	151,55
5331	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94	5355	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation von Arterien	2000	116,57	5373	CT, Skelett	1900	110,75
5332	Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5355 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.			5374	CT, Zwischenwirbelräume	1900	110,75
5329	Venographie, Brust/Bauch	1600	93,26	5356	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation einer Koronararterie	2500	145,72	5375	CT, Aorta	2000	116,57
5330	Venographie, Extremität	750	43,72		Neben der Leistung nach Nr. 5356 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.			Die Leistung nach Nr. 5375 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.			
5331	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	11,66	5357	Embolisation von Arterien, je Gefäßgebiet	3500	204,01	5376	Ergänzende CT, Xenon/High-Resolution-Technik/Zusatz-Kontrastmittelgabe, zusätzlich zu Nrn. 5370 bis 5375	500	29,14
5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung	800	46,63		Neben der Leistung nach Nr. 5357 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.			5377	Zuschlag, computergesteuerte Analyse	800	46,63
5338	Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.			5358	Embolisation von Arterien, Kopf/Hals/Spinalkanal, je Gefäßgebiet	4500	262,29		Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5339	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29		Neben der Leistung nach Nr. 5358 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.			5378	CT zur Bestrahlungsplanung /interventionellen Maßnahmen	1000	58,29
5339	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt	250	14,57	5359	Embolisation der Vena spermatica	2500	145,72		Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.		
6. Interventionelle Maßnahmen				5360	Embolisation von Venen	2000	116,57	II. Nuklearmedizin			
Allgemeine Bestimmung					Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den			Allgemeine Bestimmungen			
Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.								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.			
5345	Dilatation, Arterien	2800	163,20		Neben der Leistung nach Nr. 5359 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			2. Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.			
	Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.			5360	Embolisation von Venen	2000	116,57	3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befunden) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	lungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen.			5813	Hochvoltstrahlenbehandlung, Hypophysentumor/endokrine Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46	5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsreihe	1500	87,43
3.	Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.			3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)					<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>		
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.			Allgemeine Bestimmungen				5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozessrechner, je Bestrahlungsreihe	2000	116,57
1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen				Die Leistungen nach den Nrn. 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muss diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.					<i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsreihe	250	14,57	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.				5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	17,49
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5800 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehene Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>			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.				5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29
Orthovoltstrahlenbehandlung				5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsreihe	1500	87,43	5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40
5802	Bestrahlung, je Fraktion	200	11,66	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5831 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>				5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken			
5803	Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion	100	5,83	5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnittszeichnung, je Bestrahlungsreihe	500	29,14	5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation	6900	402,18
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					<i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>			5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozessrechner, je Bestrahlungsreihe	2000	116,57	5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57
5806	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion	2000	116,57	5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät, je Fraktion	720	41,97	5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14
2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung				5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5810	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsreihe	200	11,66	5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	58,29	P. SEKTIONSLEISTUNGEN			
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5810 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehene Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>			5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99	6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	99,67
4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden				Allgemeine Bestimmungen				6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/ umfangreich	2300	134,06
5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion	190	11,07	Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.				6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	186,52
	<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>			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.				6003	Teilweise innere Leichenschau	739	43,07
								6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	32,31
								6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	14,11
								6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau, je Knochen	300	17,49
								6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau	1045	60,91
								6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven/Rückenmark/Gehirn nach innerer Leichenschau	300	17,49