

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210)
zuletzt geändert durch Verordnung vom 21. Oktober 2019 (BGBl. I S. 1470)

Inhaltsübersicht

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

§ 1

Anwendungsbereich

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

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

§ 2

Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines

D 1b

abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

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

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

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

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

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

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

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

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

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

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

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

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

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

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

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

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

§ 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 Fünften 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 Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

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

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

- (1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.
- (2) Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.¹⁾

§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

- (1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichen davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten und niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.
- (2) Neben den nach Absatz 1 Satz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

§ 7

Entschädigungen

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

§ 8

Wegegeld

- (1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von
1. bis zu zwei Kilometern 3,58 Euro²⁾, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 Euro²⁾,
 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,64 Euro²⁾, bei Nacht 10,23 Euro²⁾,

1) Auf das Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer wird hingewiesen; abgedruckt im Teil C S. 58/8 ff.

2) Einfügung im Hinblick auf die Euro-Einführung am 1. 1. 2002.

D 1b

3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 Euro¹⁾, bei Nacht 15,34 Euro¹⁾,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 15,34 Euro¹⁾, bei Nacht 25,56 Euro¹⁾.

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

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

§ 9

Reiseentschädigung

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 26 Cent¹⁾ für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 Euro¹⁾, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 Euro¹⁾ je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

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

§ 10

Ersatz von Auslagen

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

1) Einfügung im Hinblick auf die Euro-Einführung am 1. 1. 2002.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

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

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

§ 11

Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

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

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

§ 12

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro¹⁾, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

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

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

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

§ 13 (weggefallen)

§ 14 (Inkrafttreten und Übergangsvorschrift)

1) Einfügung im Hinblick auf die Euro-Einführung am 1. 1. 2002.

Hinweise zum Standard- und Basistarif der Privaten Krankenversicherungen

Zum 1. Januar 2009 ist der modifizierte Standardtarif durch den Basistarif abgelöst worden. Der Basistarif muss von allen Privaten Krankenversicherungen angeboten werden (vgl. § 315 Absatz 4 SGB V¹⁾ sowie § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz²⁾). Gleichzeitig wurde zum 1. Januar 2009 für bisher nicht krankenversicherte Personen, die den Privaten Krankenversicherungen zuzuordnen sind, eine Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung eingeführt.

Der Personenkreis, der im Basistarif aufnahme- und versicherungsfähig ist, ist im Einzelnen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (www.pkv.de) zu entnehmen. Hierzu gehören auch Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die in der Zeit vom 1. Juli 2007 bis zum 31. Dezember 2008 in den modifizierten Standardtarif aufgenommen worden sind sowie Personen, die im Standardtarif nach § 257 Absatz 2 SGB V¹⁾ in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung versichert waren und unter bestimmten Voraussetzungen auch Beihilfeberechtigte.

Die Versicherungsleistungen des Basistarifs sollen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach SGB V entsprechen. Die Behandlung wird durch die Kassen(Zahn-)ärztlichen Vereinigungen sichergestellt (vgl. § 75 Absatz 3a SGB V¹⁾).

Der Versicherungsbeitrag im Basistarif darf den Höchstbetrag der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (vgl. § 315 Absatz 2 SGB V¹⁾). Für beihilfeberechtigte Personen tritt an die Stelle des Höchstbeitrags der GKV ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs für ambulante Heilbehandlungen entspricht.

Mit Inkrafttreten der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern bezüglich der Honorierung für im Basistarif versicherte Personen zum 1. April 2010 gelten für die Vergütung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen folgende Gebührensteigerungssätze:

- a) Leistungen des Abschnittes M sowie die Leistungen nach der Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 0,9-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- b) Leistungen der Abschnitte A, E und O des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ werden mit dem 1,0-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- c) Die übrigen Leistungen werden mit dem 1,2-fachen des Gebührensatzes der GOÄ vergütet.

Die Vereinbarung ist zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2012 und verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine der Parteien mit einer Vorlauffrist von mindestens 6 Monaten vor dem jeweiligen Ablauf eine Aufnahme von Verhandlungen beantragt. In diesem

1) Abgedruckt in Teil E, Seite 7 ff.

2) Abgedruckt in Teil J, Seite 115 ff.

D 1b

Fall gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder bis zu einem Schiedsspruch unverändert fort.

Neben dem Basistarif existiert der Standardtarif fort. Der Standardtarif im Unterschied zum modifizierten Standardtarif bzw. Basistarif besteht seit 1994 und richtet sich insbesondere an Privatversicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerteren Tarif als den Volltarif benötigen. Er gilt für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet oder für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und deren jährliches Gesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Für die Aufnahme von Beihilfeberechtigten gelten Sonderregelungen.

Wie beim Basistarif handelt es sich beim Standardtarif um einen Tarif, dessen Leistungskatalog sich an den Leistungen der GKV orientiert. Er kommt allerdings nur noch für Privatversicherte in Frage, deren Krankenversicherungsvertrag in einem anderen Tarif als dem Standardtarif vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist. Die Beitragshöhe ist abhängig vom Alter der Versicherten und der Vorversicherungszeit, darf aber für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV bzw. bei Ehepaaren 150 % des GKV-Beitrages nicht überschreiten. Der Wechsel in den Standardtarif ist nur innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens möglich. Im Unterschied zum Basistarif darf für im Standardtarif versicherte Personen keine weiteren Krankheitskosten-Teil oder Vollversicherung bestehen bzw. abgeschlossen werden.

Leistungen für ambulante ärztliche Behandlungen einschließlich Früherkennung werden im Standardtarif zu 100 Prozent (bei Beihilfeberechtigten entsprechend der versicherten Quote) erstattet, soweit die Gebühren folgende Gebührensätze nicht übersteigen:

- a) 1,16-facher Gebührensatz für Leistungen nach Abschnitt M sowie Nummer 437 GOÄ,
- b) 1,38-facher Gebührensatz für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O,
- c) 1,8-facher Gebührensatz für Leistungen nach den übrigen Abschnitten der GOÄ.

Vgl. auch zum Basistarif Teil J Seite 115 ff.

Anlage

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Nummer		Übersicht	
		A.	Gebühren in besonderen Fällen
1 bis	107	B.	Grundleistungen und allgemeine Leistungen
1 bis	15	I.	Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
A bis	K1	II.	Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8
20 bis	34	III.	Spezielle Beratungen und Untersuchungen
45 bis	62	IV.	Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz
E bis	K2	V.	Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62, 100 und 101
70 bis	96	VI.	Berichte, Briefe
100 bis	107	VII.	Todesfeststellung
200 bis	449	C.	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
200 bis	247	I.	Anlegen von Verbänden
250 bis	298	II.	Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen
300 bis	321	III.	Punktionen
340 bis	374	IV.	Kontrastmitteleinbringungen
375 bis	399	V.	Impfungen und Testungen
401 bis	424	VI.	Sonographische Leistungen
427 bis	437	VII.	Intensivmedizinische und sonstige Leistungen
440 bis	449	VIII.	Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen
450 bis	498	D.	Anästhesieleistungen
500 bis	569	E.	Physikalisch-medizinische Leistungen
500 bis	501	I.	Inhalationen
505 bis	518	II.	Krankengymnastik und Übungsbehandlungen
520 bis	527	III.	Massagen
530 bis	533	IV.	Hydrotherapie und Packungen
535 bis	539	V.	Wärmebehandlung
548 bis	558	VI.	Elektrotherapie
560 bis	569	VII.	Lichttherapie
600 bis	793	F.	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie
800 bis	887	G.	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
1001 bis	1168	H.	Geburtshilfe und Gynäkologie
1200 bis	1386	I.	Augenheilkunde
1400 bis	1639	J.	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
1700 bis	1860	K.	Urologie

D 1b

Nummer			Übersicht
2000	bis	3321	L. Chirurgie, Orthopädie
2000	bis	2010	I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung
2029	bis	2093	II. Extremitätenchirurgie
2100	bis	2196	III. Gelenkchirurgie
2203	bis	2241	IV. Gelenkluxationen
2250	bis	2297	V. Knochenchirurgie
2320	bis	2358	VI. Frakturbehandlung
2380	bis	2454	VII. Chirurgie der Körperoberfläche
2500	bis	2604	VIII. Neurochirurgie
2620	bis	2732	IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
2750	bis	2760	X. Halschirurgie
2800	bis	2921	XI. Gefäßchirurgie
2950	bis	3013	XII. Thoraxchirurgie
3050	bis	3097	XIII. Herzchirurgie
3120	bis	3241	XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie
3280	bis	3288	XV. Hernienchirurgie
3300	bis	3321	XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen
3500	bis	4787	M. Laboratoriumsuntersuchungen
3500	bis	3532	I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis
3541	bis	3621	II. Basislabor
3630	bis	4469	III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen
4500	bis	4787	IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern
4800	bis	4873	N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik
4800	bis	4816	I. Histologie
4850	bis	4860	II. Zytologie
4870	bis	4873	III. Zytogenetik
5000	bis	5855	O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
5000	bis	5380	I. Strahlendiagnostik
5400	bis	5607	II. Nuklearmedizin
5700	bis	5735	III. Magnetresonanztomographie
5800	bis	5855	IV. Strahlentherapie
6000	bis	6018	P. Sektionsleistungen

A. Gebühren in besonderen Fällen

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

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

D 1b

D 1b/18

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR ¹⁾	Basis- tarif ²⁾
1	Beratung – auch mittels Fernspre- cher	80	4,66	10,72	16,32	8,39	5,60
2 ¹⁾	Ausstellung von Wiederholungs- rezepten und/oder Überweisun- gen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anord- nungen – auch mittels Fernspre- cher – durch die Arzthelferin und/ oder Messung von Körperzustän- den (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inan- spruchnahme des Arztes <i>Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit an- deren Gebühren berechnet wer- den.</i>	30	1,75	3,15	4,38	2,42	1,75 ²⁾
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher – <i>Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzi- ge Leistung oder im Zusammen- hang mit einer Untersuchung nach Nummer 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berech- nung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.</i>	150	8,74	20,11	30,60	15,73	10,50
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Un- terweisung und Führung der Be- zugsperson(en) – im Zusammen- hang mit der Behandlung eines Kranken <i>Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal be- rechnungsfähig.</i>	220	12,82	29,49	44,88	23,08	15,39

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i>						
5	Symptombezogene Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>	80	4,66	10,72	16,32	8,39	5,60
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation – <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:</i> – <i>bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;</i> – <i>bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;</i> – <i>bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kie-</i>	100	5,83	13,41	20,40	10,49	7,00

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<p><i>fergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>– bei den Nieren und ableitenden Harnwegen Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;</i> <i>– bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.</i> <p><i>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i></p>						
7	<p>Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –</p> <p><i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:</i></p>	160	9,33	21,46	32,64	16,79	11,20

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<ul style="list-style-type: none"> – bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glaspatel; – bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe; – bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung; – bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; – 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. <p>Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</p>						
8	<p>Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation</p> <p>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und</p>	260	15,15	34,86	53,04	27,27	18,19

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.</i>						
	<i>Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i>						
11	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	60	3,50	8,04	12,24	6,30	4,20
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
	<i>Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.</i>						
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>						

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

Allgemeine Bestimmungen

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

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

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	4,08	–	–	–	–
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.</i>						

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>						
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	10,49	-	-	-	-
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65	-	-	-	-
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen <i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i> <i>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.</i> <i>Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82	-	-	-	-
K 1	Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99	-	-	-	-

III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen

20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)	120	6,99	16,09	24,48	12,58	8,39
----	---	-----	------	-------	-------	-------	------

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>						
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>	360	20,98	48,25	73,43	37,76	25,18
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft – auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch – <i>Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach Nummer 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,88
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins – einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung –	300	17,49	40,22	61,20	31,48	20,98

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</i>						
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf – einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken –	200	11,66	26,81	40,80	20,99	13,99
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>						
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>						
26	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) –	450	26,23	60,33	91,80	47,21	31,48
	<i>Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.</i>						
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
27	<p>Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung –</p> <p><i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i></p>	320	18,65	42,90	65,28	33,57	22,38
28	<p>Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung –</p> <p><i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i></p>	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
29	<p>Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung –</p>	440	25,65	59,00	89,76	46,17	30,78

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
30	<p><i>Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p>Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen –</p> <p><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 Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i></p>	900	52,46	120,65	183,60	94,43	62,95

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
31	<p>Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen –</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</i></p>	450	26,23	60,33	91,80	47,21	31,48
32	<p>Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung – einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung –; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)</p>	400	23,31	53,62	81,60	41,96	27,98
33	<p>Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens –</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.</i></p>	300	17,49	40,22	61,20	31,48	20,98

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>						
34	Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen –	300	17,49	40,22	61,20	31,48	20,98
	<i>Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>						
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i>						

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

45	Visite im Krankenhaus	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
	<i>Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>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.</i>						
	<i>Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7,</i>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<p>8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</p>						
46	<p>Zweitvisite im Krankenhaus</p> <p>Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</p> <p>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.</p> <p>Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden.</p> <p>Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder</p>	50	2,91	6,70	10,20	5,24	3,50

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
48	<p><i>dessen ständigen ärztlichen Vertre- te persönlich erbracht wird.</i></p> <p>Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) – bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pfl- gestation zu vorher vereinbarten Zeiten –</p>	120	6,99	16,09	24,48	12,58	8,40
50	<p><i>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p>Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersu- chung</p>	320	18,65	42,90	65,28	33,57	22,38
51	<p><i>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Lei- stung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Num- mer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p>Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemein- schaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung –</p>	250	14,57	33,52	51,00	26,23	17,49
	<p><i>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Lei- stung nach Nummer 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Num- mer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i></p>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif ⁽²⁾
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)	100	5,83	–	–	–	–
	<i>Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i>						
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung – gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme –	500	29,14	67,03	102,00	52,45	34,97
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i>						
56 ¹⁾	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde	180	10,49	18,88	26,23	18,88	10,49 ²⁾
	<i>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit eine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.</i>						
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99	16,09	24,48	12,60	8,40
	<i>Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliari- schen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrank- ung befaßt hat.</i>						
	<i>Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen ei- nem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes er- folgt.</i>						
	<i>Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Kran- kenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrich- tung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und prak- tischer Arzt) sind. Sie ist nicht be- rechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbe- sprechung, Klinik- oder Abtei- lungskonferenz, Team- oder Mitar- beiterbesprechung, Patientenüber- gabe).</i>						
61	Beistand bei der ärztlichen Lei- stung eines anderen Arztes (Assis- tenz), je angefangene halbe Stunde	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR ¹⁾	Basis- tarif ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.</i>						
	<i>Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i>						
62	Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74	20,11	30,60	14,86	10,49
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.</i>						

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62, 100 und 101

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 oder 101 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben F bis H unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

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

E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung	160	9,33	–	–	–	–
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</i>						

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwell- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR ¹⁾	Basis- tarif ²⁾
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	260	15,15	-	-	-	-
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>	450	26,23	-	-	-	-
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen <i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.</i> <i>Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	340	19,82	-	-	-	-
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	4,66	-	-	-	-
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99	-	-	-	-
VI. Berichte, Briefe							
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33	5,36	8,16	3,96	2,80

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR ¹⁾	Basis- tarif ²⁾
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	7,58	17,43	26,53	12,89	9,10
	<i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>						
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	4,08	9,38	14,28	6,94	4,90
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	8,74	20,10	30,59	14,86	10,49
	<i>Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>						
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	10,49	24,13	36,72	17,83	12,59
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	40,23	61,22	29,73	20,99
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	67,02	102,00	49,54	34,97
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	6,99	16,08	24,47	11,88	8,39
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50	–	–	–	–
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17	–	–	–	–

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwell- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR ¹⁾	Basis- tarif ²⁾
--------	----------	----------------	------------------	-------------------------------	---------------------------	--	-------------------------------

Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

VII. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmungen

1. Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 109 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 oder Reiseentschädigung nach § 9 berechnen.
2. Neben den Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind Zuschläge nach den Buchstaben F bis H berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind die Leistungen nach den Nummern 48 bis 52 nicht berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
5. Die Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sowie der Zuschlag nach Nummer 102 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

100	Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer vorläufigen Todesbescheinigung gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mindestens 20 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (vorläufige Leichenschau) Dauert die Leistung nach Nummer 100 weniger als 20 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 10 Minuten (ohne Aufsuchen) sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.	1896	110,51	254,17	386,79	187,87	132,61
-----	--	------	--------	--------	--------	--------	--------

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR ¹⁾	Basis- tarif ²⁾
101	Eingehende Untersuchung eines Toten und Ausstellung einer Todesbescheinigung, einschließlich Angaben zu Todesart und Todesursache gemäß landesrechtlicher Bestimmungen, gegebenenfalls einschließlich Aktenstudium und Einholung von Auskünften bei Angehörigen, vorbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten (Dauer mindestens 40 Minuten), gegebenenfalls einschließlich Aufsuchen (eingehende Leichenschau) Dauert die Leistung nach Nummer 101 weniger als 40 Minuten (ohne Aufsuchen), mindestens aber 20 Minuten (ohne Aufsuchen) sind 60 Prozent der Gebühr zu berechnen.	2844	165,77	381,25	580,16	281,79	198,91
102	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 100 oder 101 bei einer Leiche mit einer dem Arzt oder der Ärztin unbekanntem Identität und/oder besonderen Todesumständen (zusätzliche Dauer mindestens 10 Minuten)	474	27,63	65,53	96,67	46,95	33,14
106	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	8,74	20,10	30,59	14,86	10,49
107	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	14,57	33,51	51,00	24,77	17,49
108	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	13,40	30,84	46,94	22,79	16,09
109	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	12,82	29,49	44,87	21,80	15,38

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.

D 1b

D 1b/38b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher –	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband –	65	3,79	8,72	13,27	6,82	4,55
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54	12,74	19,38	9,97	6,65
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,19
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
210	Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen –	75	4,37	10,05	15,30	7,87	5,24
211	Kleiner Schienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen –	160	9,33	21,46	32,66	16,79	11,20

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
214	Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation –	240	13,99	32,18	48,97	25,18	16,79
217	Streckverband	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	38,47	88,48	134,65	69,25	46,16
225	Gipsfingerling	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49	40,23	61,20	31,48	20,98
228	Gipsschienenverband oder Gips-pantoffel	190	11,07	25,46	38,75	19,93	13,28
229	Gipsschienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
230	Zirkulärer Gipsverband – gegebenenfalls als Gipstutor –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	360	20,98	48,25	73,43	37,76	25,18
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	25,06	57,64	87,71	45,11	30,07
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel –	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	54,79	126,02	191,77	98,62	65,75
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
238	Gipsschienenverband mit Ein- schluß von mindestens zwei gro- ßen Gelenken (Schulter-, Ellenbo- gen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, ge- gebenenfalls auch veränderten Schiene –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	940	54,79	126,02	191,77	98,62	65,75
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	6,41	14,74	22,44	11,54	7,69
246	Abnahme des zirkulären Gipsver- bands	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
247	Fensterung, Spaltung, Schienen- einsetzung, Anlegung eines Geh- bügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag an- gelegten Gipsverband	110	6,41	14,74	22,44	11,54	7,69

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

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammen-
hang nacheinander verabreicht werden.

Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzu-
gang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die
zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punk-
tionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Num-
mern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

250 ¹⁾	Blutentnahme mittels Spritze, Ka- nüle oder Katheter aus der Vene	40	2,33	4,19	5,83	3,22	2,33 ²⁾
-------------------	--	----	------	------	------	------	--------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
250a ¹⁾	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	2,33	4,19	5,83	3,22	2,33 ²⁾
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80
253	Injektion, intravenös	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
254	Injektion, intraarteriell	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
255	Injektion, intraartikulär oder peri-neural	95	5,54	12,74	19,39	9,97	6,65
256	Injektion in den Periduralraum	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter –	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
259	Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation – <i>Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i>	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter <i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjvantien und Anästhesieantidoten. Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit ei-</i>	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,10

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>ner Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>						
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	26,23	60,33	91,81	47,21	31,48
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	5,25	12,08	18,38	9,45	6,30
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	5,25	12,08	18,38	9,45	6,30
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
269a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i>						
270	Infusion, subkutan	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
273	Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene –, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>						
	<i>Werden die Leistungen nach Nummer 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>						
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung –	320	18,65	42,90	65,28	33,57	22,38
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>						
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	20,98	48,25	73,43	37,76	25,18
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	31,48	72,40	110,18	56,66	37,78
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	13,99	32,18	48,97	25,18	16,79
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
280	<p>Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –</p> <p><i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i></p>	330	19,23	44,23	67,31	34,61	23,08
281	<p>Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –</p> <p><i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.</i></p>	450	26,23	60,33	91,81	47,21	31,48
282	<p>Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder je des weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 280 oder 281 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –</p> <p><i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.</i></p>	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter – einschließlich der Anlage des Katheters –	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
284	Eigenbluteinspritzung – einschließlich Blutentnahme –	90	5,25	12,08	18,38	9,45	6,30
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband –	110	6,41	14,74	22,44	11,54	7,69
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –	220	12,82	29,49	44,87	23,08	15,38
286a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve – gegebenenfalls einschließlich Konservierung –	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion – einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 C bis +6 C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 C oder darunter –	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
291	Implantation von Hormonpreßlingen	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung – <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung – <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmung

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

300	Punktion eines Gelenks	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	9,33	21,46	32,66	16,79	11,20
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
304	Punktion der Augenhöhle	160	9,33	21,46	32,66	16,79	11,20
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
305a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
306	Punktion der Lunge – auch Ab- szept- oder Kavernenpunktion in der Lunge – oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepana- tionsöffnung	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
308	Gewebeentnahme aus der Pleura – gegebenenfalls einschließlich Punktion –	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
310	Punktion des Herzbeutels	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
311	Punktion des Knochenmarks – auch Sternalpunktion –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
312	Knochenstanze – gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Kno- chenmark –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
314	Punktion der Mamma oder Punk- tion eines Lymphknotens	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
315	Punktion eines Organs (z. B. Le- ber, Milz, Niere, Hoden)	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
316	Punktion des Douglasraums	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
317	Punktion eines Adnextumors – auch einschließlich Douglaspunk- tion –	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
319	Punktion der Prostata oder Punk- tion der Schilddrüse	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkathe- ters – gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder In- stillation –	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.							
340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	5,83	13,41	20,41	10,49	6,90
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 –	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader <i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den</i>	600	34,97	80,43	122,40	62,95	75,54

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						
356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
	<i>Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchorta – einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes – im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 – <i>Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – gegebenenfalls intraoperativ –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpfaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) – gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpfaß –	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
376	Schutzimpfung (oral) – einschließlich beratendem Gespräch –	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,10
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	20	1,17	2,69	4,10	2,11	1,40
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)	15	0,87	2,00	3,05	1,57	1,04
	<i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>						
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,10

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,10
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)	20	1,17	2,69	4,10	2,11	1,40
	<i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>						
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04	4,69	7,14	3,67	2,45
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46	3,36	5,11	2,63	1,75
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50	8,05	12,25	6,36	4,20
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80
	<i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>						
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzeloder Gruppenextrakt, je Test	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	32,64	75,07	114,24	58,75	39,17

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzeloder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15	50,95	77,53	39,87	26,58
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	44,30	101,89	155,05	79,74	53,16
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmitteloder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Die Zuschläge nach den Nummern 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
- Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
- Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.
Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden.
Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.
- Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung – <i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>	400	23,31	–	–	–	–
402 ¹⁾	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>	250	14,57	26,23	36,43	20,11	14,57 ²⁾
403 ¹⁾	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung <i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>	150	8,73	15,73	21,85	12,06	8,74 ²⁾
404	Zuschlag zu doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bild-dokumentation – <i>Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>	250	14,57	–	–	–	–
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler –	200	11,66	–	–	–	–

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung –	200	11,66	–	–	–	–
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs <i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge – gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	12,24	28,15	42,84	22,03	14,69
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten –	210	12,24	28,15	42,84	22,03	14,69
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ <i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 422 –	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
424	Zweidimensionale dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren)	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	12,82	29,49	44,87	23,08	15,38
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>						
429	Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>						
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
433	Ausspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums –	140	8,16	18,77	28,56	14,69	9,79
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.</i>						
	<i>Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht</i>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.</i>						
	<i>Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.</i>						
437 ¹⁾	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) – nicht berechnungsfähig.</i>						

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwächerräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. geräte) Zuschläge berechnet werden.

Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

- Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

1) Reduzierter Gebührenrahmen wie Abschnitt M.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3.	Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen						
	– nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,						
	– nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,						
	– nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,						
	– nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,						
	– nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K,						
	– oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L						

zuzuordnen.

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

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

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

4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlages nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5.	Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach Nummer 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.						
6.	Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.						
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen <i>Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>	400	23,31	-	-	-	-
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 EUR. Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>						
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind <i>Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	400	23,31	-	-	-	-
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	43,72	-	-	-	-

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>						
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>						
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>						
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind	300	17,49	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.</i>						
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind	650	37,89	-	-	-	-

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.</i>						
448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	600	34,97	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.</i>						
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	900	52,46	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.</i>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

450	Rauschnarkose – auch mit Lachgas –	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07	25,46	38,75	19,93	13,28
453	Vollnarkose	210	12,24	28,15	42,84	22,03	14,69
460	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, bis zu einer Stunde	404	23,55	54,17	82,43	42,39	28,26
461	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77	27,07	41,20	21,19	14,12
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73	68,38	104,06	53,51	35,68
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28	46,64	70,98	36,50	24,34
469	Kaudalanästhesie	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
473	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
474	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
475	Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag	450	26,23	60,33	91,81	47,21	31,48
476	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	380	22,15	50,95	77,53	39,87	26,58
477	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07	25,46	38,75	19,93	13,28
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,70	15,41	23,45	12,06	8,04
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	222	12,94	29,76	45,29	23,29	15,53

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose	475	27,69	63,69	96,92	49,84	33,23
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich des Rachens –, auch beidseitig	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,22
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,22
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,22
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,22
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens –	145	8,45	19,44	29,58	15,21	10,14
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	61	3,56	8,19	12,46	6,41	4,27
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie –	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
493	Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst –	61	3,56	8,19	12,46	6,41	4,27
494	Leitungsanästhesie, endoneural – auch Pudendusanaästhesie –	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	220	12,82	29,49	44,87	23,08	15,38
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	300	17,49	40,23	61,22	81,48	20,99

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.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
I. Inhalationen							
500 ¹⁾	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung –	38	2,21	3,98	5,53	3,05	2,21 ²⁾
501 ¹⁾	Inhalationstherapie mit inter- mittierender Überdruckbeatmung (z. B. Bird-Respirator)	86	5,01	9,02	12,53	6,91	5,01 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 501 sind die Leistungen nach den Nummern 500 und 505 nicht berechnungsfähig.</i>						
II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen							
505 ¹⁾	Atmungsbehandlung – einschließ- lich aller unterstützenden Maß- nahmen –	85	4,95	8,91	12,38	6,83	4,95 ²⁾
506 ¹⁾	Krankengymnastische Ganzbe- handlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n) –	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾
507 ¹⁾	Krankengymnastische Teilbe- handlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n) –	80	4,66	8,39	11,65	6,43	4,66 ²⁾
508 ¹⁾	Krankengymnastische Ganzbe- handlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41	11,54	16,03	8,85	6,41 ²⁾
509 ¹⁾	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) – auch im Bewegungsbad –, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teil- nehmer	38	2,21	3,98	5,53	3,05	2,21 ²⁾
510 ¹⁾	Übungsbehandlung auch mit An- wendung mediko-mechanischer Apparate, je Sitzung	70	4,08	7,34	10,20	5,63	4,08 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
514 ¹⁾	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	105	6,12	11,02	15,30	8,45	6,12 ²⁾
515 ¹⁾	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	38	2,21	3,98	5,53	3,05	2,21 ²⁾
516 ¹⁾	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	65	3,79	6,82	9,48	5,23	3,79 ²⁾
518 ¹⁾	Prothesengebrauchsschulung des Patienten – gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson –, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾

III. Massagen

520 ¹⁾	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	45	2,62	4,72	6,55	3,62	2,62 ²⁾
521 ¹⁾	Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung	65	3,79	6,82	9,48	5,23	3,79 ²⁾
523 ¹⁾	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	65	3,79	6,82	9,48	5,23	3,79 ²⁾
525 ¹⁾	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	35	2,04	3,67	5,10	2,82	2,04 ²⁾
526 ¹⁾	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	55	3,21	5,78	8,03	4,43	3,21 ²⁾
527 ¹⁾	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	94	5,48	9,86	13,70	7,56	5,48 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
IV. Hydrotherapie und Packungen							
530 ¹⁾	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04	3,67	5,10	2,82	2,04 ²⁾
531 ¹⁾	Leitung eines ansteigenden Teilbades	46	2,68	4,82	6,70	3,70	2,68 ²⁾
532 ¹⁾	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	76	4,43	7,97	11,08	6,11	4,43 ²⁾
533 ¹⁾	Subaquales Darmbad	150	8,74	15,73	21,85	12,06	8,74 ²⁾
V. Wärmebehandlung							
535 ¹⁾	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	33	1,92	3,46	4,80	2,65	1,92 ²⁾
536 ¹⁾	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine)	51	2,97	5,35	7,43	4,10	2,97 ²⁾
538 ¹⁾	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	4,19	5,83	3,22	2,33 ²⁾
539 ¹⁾	Ultraschallbehandlung	44	2,56	4,61	6,40	3,53	2,56 ²⁾
VI. Elektrotherapie							
548 ¹⁾	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	37	2,16	3,89	5,40	2,98	2,16 ²⁾
549 ¹⁾	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	55	3,21	5,78	8,03	4,43	3,21 ²⁾
551 ¹⁾	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) – auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden –	48	2,80	5,04	7,00	3,86	2,80 ²⁾
	<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nummer 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>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>						
552 ¹⁾	Iontophorese	44	2,56	4,61	6,40	3,53	2,56 ²⁾
553 ¹⁾	Vierzellenbad	46	2,68	4,82	6,70	3,70	2,68 ²⁾
554 ¹⁾	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	91	5,30	9,54	13,25	7,31	5,30 ²⁾
555 ¹⁾	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾
558 ¹⁾	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾

VII. Lichttherapie

560 ¹⁾	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	31	1,81	3,26	4,53	2,50	1,81 ²⁾
	<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.</i>						
561 ¹⁾	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	31	1,81	3,26	4,53	2,50	1,81 ²⁾
562 ¹⁾	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	46	2,68	4,82	6,70	3,70	2,68 ²⁾
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
563 ¹⁾	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	46	2,68	4,82	6,70	3,70	2,68 ²⁾
564 ¹⁾	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	91	5,30	9,54	13,25	7,31	5,30 ²⁾
565 ¹⁾	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
566 ¹⁾	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
567 ¹⁾	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30	9,54	13,25	7,31	5,30 ²⁾
569 ¹⁾	Photo-Patch-Test (belichteter Lappchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75	3,15	4,38	2,42	1,75 ²⁾

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	73	4,25	9,78	14,88	7,65	5,10
601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56	5,89	8,96	4,61	3,07
602 ¹⁾	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung –	152	8,86	15,95	22,15	12,23	8,86 ²⁾
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode – gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung – <i>Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.</i>	90	5,25	12,08	18,38	9,45	6,30
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen – gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung – <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach</i>	160	9,33	21,46	32,66	16,79	11,20

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>						
605 ¹⁾	Ruhepirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	242	14,11	25,40	35,28	19,47	14,11 ²⁾
605a ¹⁾	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen – einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation –	140	8,16	14,69	20,40	11,26	8,16 ²⁾
606 ¹⁾	Spiroergometrische Untersuchung – einschließlich vorausgegangener Ruhepirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie –	379	22,09	39,76	55,23	30,48	22,09 ²⁾
607 ¹⁾	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	242	14,11	25,40	35,28	19,47	14,11 ²⁾
608 ¹⁾	Ruhepirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	76	4,43	7,97	11,08	6,11	4,43 ²⁾
609 ¹⁾	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	182	10,61	19,10	26,53	14,64	10,61 ²⁾
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>						
610 ¹⁾	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) – gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung –	605	35,26	63,47	88,15	48,66	35,26 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
611 ¹⁾	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) – einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters –	605	35,26	63,47	88,15	48,66	35,26 ²⁾
612 ¹⁾	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>	757	44,12	79,42	110,30	60,89	44,12 ²⁾
614 ¹⁾	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	150	8,74	15,73	21,85	12,06	8,74 ²⁾
615 ¹⁾	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	227	13,23	23,81	33,08	18,26	13,23 ²⁾
616 ¹⁾	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung <i>Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.</i>	303	17,66	31,79	44,15	24,37	17,66 ²⁾
617 ¹⁾	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	341	19,88	35,78	49,70	27,43	19,88 ²⁾
620 ¹⁾	Rheographische Untersuchung der Extremitäten <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	152	8,86	15,95	22,15	12,23	8,86 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
621 ¹⁾	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	127	7,40	13,32	18,50	10,21	7,40 ²⁾
622 ¹⁾	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61	19,10	26,53	14,64	10,61 ²⁾
623 ¹⁾	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen	140	8,16	14,69	20,40	11,26	8,16 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>						
624 ¹⁾	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung	330	19,23	34,61	48,08	26,54	19,23 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.</i>						
626	Rechtsherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
	<i>Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>						
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
627	<p>Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p>	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
628	<p>Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen – einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p>	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
629	<p>Transseptaler Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p>	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemm-katheters – einschließlich Druck-messungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle – <i>Die Kosten für den Einschwemm-katheter sind mit der Gebühr ab-gegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Num-mer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	908	52,92	121,72	185,22	95,26	63,50
631	Anlegung eines transvenösen tem-porären Schrittmachers – ein-schließlich Venenpunktion, Elek-trodeneinführung, Röntgendurch-leuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle –	1110	64,70	148,81	226,45	116,76	77,64
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemm-katheters – einschließlich Druck-messungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufen-der EKG-Kontrolle – gegebenen-falls auch unter Röntgen-Kon-trolle – <i>Die Kosten für den Einschwemm-katheter sind mit der Gebühr ab-gegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Num-mer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1210	70,53	162,22	246,86	126,95	84,64
634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
635 ¹⁾	Photoelektrische Volumenpuls-schreibung an mindestens vier Punkten	227	13,23	23,81	33,08	18,26	13,23 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
636 ¹⁾	Photoelektrische Volumenschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen)	379	22,09	39,76	55,23	30,48	22,09 ²⁾
637 ¹⁾	Pulswellenlaufzeitbestimmung – gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung –	227	13,23	23,81	33,08	18,26	13,23 ²⁾
638 ¹⁾	Punktuelle Arterien – und/oder Venenpulsschreibung	121	7,05	12,69	17,63	9,73	7,05 ²⁾
639 ¹⁾	Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographische Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes)	454	26,46	47,63	66,15	36,51	26,46 ²⁾
640 ¹⁾	Phlebodynamometrie	650	37,89	68,20	94,73	52,29	37,89 ²⁾
641 ¹⁾	Venenverschußplethysmographische Untersuchung	413	24,07	43,33	60,18	33,22	24,07 ²⁾
642 ¹⁾	Venenverschußplethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	32,29	58,12	80,73	44,56	32,29 ²⁾
643 ¹⁾	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾
644 ¹⁾	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –	180	10,49	18,88	26,23	14,48	10,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
645 ¹⁾	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –	650	37,89	68,20	94,73	52,29	37,89 ²⁾
646 ¹⁾	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisaton sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	605	35,26	63,47	88,15	48,66	35,26 ²⁾
647 ¹⁾	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden – einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz –	220	12,82	23,08	32,05	17,69	12,82 ²⁾
648	Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung, – einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Katheter-einführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle –	605	35,26	81,10	123,41	63,47	42,31
649	Transkranielle, dopplersonographische Untersuchung – einschließlich graphischer Registrierung –	650	37,89	87,15	132,62	68,20	45,47
650 ¹⁾	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – gegebenenfalls als Notfall-EKG –	152	8,86	15,95	22,15	12,23	8,86 ²⁾
651 ¹⁾	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe – auch gegebenenfalls nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	26,55	36,88	20,36	14,75 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) – gegebenenfalls auch Belastungsänderung –	445	25,94	59,66	90,78	46,69	31,13
653 ¹⁾	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege <i>Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	253	14,75	26,55	36,88	20,36	14,75 ²⁾
654 ¹⁾	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung –	150	8,74	15,73	21,85	12,06	8,74 ²⁾
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung – einschließlich Einführen der Elektrode – zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hischen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	1820	106,08	243,98	371,28	190,94	127,30
657 ¹⁾	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75	26,55	36,88	20,36	14,75 ²⁾
659 ¹⁾	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung –, mit Auswertung	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
660 ¹⁾	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen – einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung –	303	17,66	31,79	44,15	24,37	17,66 ²⁾
661 ¹⁾	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers – gegebenenfalls mit Magnettest –	530	30,89	55,60	77,23	42,63	30,89 ²⁾
665 ¹⁾	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparat ohne Kohlen säurebestimmung	121	7,05	12,69	17,63	9,73	7,05 ²⁾
666 ¹⁾	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparat mit Kohlen säurebestimmung	227	13,23	23,82	33,08	18,26	13,23 ²⁾
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	212	12,36	28,43	43,26	22,25	14,83
670	Einführung einer Magenverweil-sonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes – auch nach Probe-frühstück oder Probemahlzeit –	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
672	Ausheberung des Duodenalsaftes – auch mit Gallenreflex oder Duo-denalspülung, gegebenenfalls frak-tioniert –	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
674	Anlage eines Pneumothorax – ge-gebenenfalls einschließlich Röntgen-durchleuchtungen vor und nach der Füllung –	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
675	Pneumothoraxfüllung – gegebenenfalls einschließlich Röntgen-durchleuchtungen vor und nach der Füllung –	275	16,03	36,87	56,11	28,85	19,24

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) – gegebenenfalls einschließlich Lavage –	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
679	Mediastinoskopie – gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion –	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,95
680	Ösophagoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	550	32,06	73,74	112,21	57,61	38,47
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	825	48,09	110,61	168,32	86,56	57,71
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	850	49,54	113,94	173,39	89,17	59,45
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
684	Bulboskopie – gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
685	Duodeno-/Jejunoskopie – gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –	1350	78,69	180,99	275,42	141,64	94,43
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
688	Partielle Koloskopie – gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung	1900	110,75	254,73	387,63	199,35	132,90

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
692a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang – zusätzlich zu einer Leistung nach Nummer 685, 686 oder 692 –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus – einschließlich Sondeneinführung –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
695	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689 –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu Nummer 690 –	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
697	Saugbiopsie des Dünndarms – gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1050	61,20	140,76	214,20	110,16	73,44

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
705	Proktoskopie	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes	220	12,82	29,49	44,87	23,08	15,38
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>						
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z. B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	69	4,02	9,25	14,07	7,24	4,82
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	110	6,41	14,74	22,44	11,54	7,69
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung	251	14,63	33,65	51,21	26,33	17,56

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>						
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	251	14,63	33,65	51,21	26,33	17,56
725 ¹⁾	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung – gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson –, Dauer mindestens 45 Minuten	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>						
726 ¹⁾	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen – einschließlich aller dazugehöriger psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmerschlaf – als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>berechnungsfähig, wenn beide Be- handlungen zeitlich getrennt von- einander mit einer Dauer von je- weils mindestens 45 Minuten er- bracht werden.</i>						
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14	9,52	14,49	7,45	4,97
741	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei ge- neralisiertem krankhaften Haar- wuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	165	9,62	22,13	33,67	17,32	11,54
743	Schleifen und Schmirgeln und/ oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	75	4,37	10,05	15,30	7,87	5,24
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
745	Auskratzen von Wundgranulatio- nen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem schar- fen Löffel	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,20
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbständige Leistung	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,20
747	Setzen von Schröpfköpfen, Blut- egeln oder Anwendung von Saug- apparaten, je Sitzung	44	2,56	5,89	8,96	4,61	3,07
748	Hautdrainage	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
750	Aufflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstands- messung – einschließlich Stimula- tion der Schweißsekretion –	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
755	Hochtouriges Schleifen von Bezir- ken der Haut bei schweren Ent- stellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sit- zung	240	13,99	32,18	48,97	25,18	16,79

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in meh- reren Sitzungen	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
757	Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose – gegebenen- falls in mehreren Sitzungen –	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
758	Sticheln oder Öffnen und Aus- quetschen von Aknepusteln, je Sit- zung	75	4,37	10,05	15,30	7,87	5,24
759 ¹⁾	Bestimmung der Alkalinneutralisa- tionszeit	76	4,43	7,97	11,08	6,11	4,43 ²⁾
760 ¹⁾	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	121	7,05	12,69	17,63	9,73	7,05 ²⁾
761 ¹⁾	UV-Erythemschwellenwertbe- stimmung – einschließlich Nach- schau –	76	4,43	7,97	11,08	6,11	4,43 ²⁾
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen – gege- benenfalls einschließlich Naht –	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidal- knoten, je Sitzung	190	11,07	25,46	38,75	19,93	13,28
765	Operative Entfernung hypertro- pher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
766	Ligaturbehandlung von Hämor- rhoiden einschließlich Proktosko- pie, je Sitzung	225	13,11	30,15	45,89	23,60	15,73
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	140	8,16	18,77	28,56	14,69	9,79

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	242	14,11	32,45	49,39	25,40	16,93
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe – einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen –	275	16,03	36,87	56,11	28,85	19,24
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Sitzung	330	19,23	44,23	67,31	34,61	23,08
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	55	3,21	7,38	11,24	5,78	3,85
790	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
791	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse	320	18,65	42,90	65,28	33,57	22,38
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) – auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese –, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65	59,00	89,78	46,17	30,78
793	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag	115	6,70	15,41	23,45	12,06	8,04
	<i>Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und</i>						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten.</i>						
	<i>Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.</i>						
	<i>Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.</i>						

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

800	Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes –	195	11,37	26,15	39,80	20,47	13,64
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>						
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson –	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718,</i>						

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>825, 826, 830 und 1400 nicht be- rechnungsfähig.</i>						
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration –	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – gegebenenfalls unter Einschluß eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten –, Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
	<i>Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>						
808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie – einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung – gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen –	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung	83	4,84	11,13	16,94	8,71	5,81
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung – gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung – <i>Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.</i>	99	5,77	13,27	20,20	10,39	6,92
827	Elektroenzephalographische Untersuchung – auch mit Standardprovokationen –	605	35,26	81,10	123,41	63,47	42,31
827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung –	950	55,37	127,35	193,80	99,67	66,44
828	Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)	605	35,26	81,10	123,41	63,47	42,31
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie –	160	9,33	21,46	32,66	16,79	11,20
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
831	Vegetative Funktionsdiagnostik – auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen –	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	158	9,21	21,18	32,24	16,58	11,05
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik – einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen – <i>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.</i>	285	16,61	38,20	58,14	29,90	19,93
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	64	3,73	8,58	13,06	6,71	4,48
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07	25,46	38,75	19,93	13,28
837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91	36,59	55,69	28,64	19,09
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie –	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik <i>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
855 ¹⁾	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	722	42,08	75,74	105,20	58,07	42,08 ²⁾
856 ¹⁾	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	361	21,04	37,87	52,60	29,04	21,04 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>						
857 ¹⁾	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests), insgesamt	116	6,76	12,17	16,90	9,33	6,76 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen <i>Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>	920	53,62	123,33	187,67	96,52	64,34
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22	92,51	140,77	72,40	48,26
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	46,25	70,39	36,20	24,13
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22	92,51	140,77	72,40	48,26
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	46,25	70,39	36,20	24,13
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	345	20,11	46,25	70,39	36,20	24,13
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten –	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbe- handlung mit einer Teilneh- merzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer <i>Bei einer Sitzungsdauer von min- destens 100 Minuten kann die Lei- stung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.</i>	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
885	Eingehende psychiatrische Unter- suchung bei Kindern oder Jugend- lichen unter auch mehrfacher Ein- schaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berück- sichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
886	Psychiatrische Behandlung bei Kin- dern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugsund/oder Kontaktperson(en) unter Berück- sichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Mi- nuten	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilneh- merzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

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

1001¹⁾ Tokographische Untersuchung 120 6,99 12,58 17,48 9,65 6,99²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1002 ¹⁾	Externe kardiotokographische Untersuchung	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie – <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.</i>	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
1010	Amnioskopie	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1011	Amniozentese – einschließlich Fruchtwasserentnahme –	266	15,50	35,65	54,25	27,90	18,60
1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1013	Blutentnahme beim Fetus – einschließlich pH-Messung(en) im Blut –	178	10,38	23,87	36,33	18,68	12,46
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie – einschließlich pH-Messung(en) im Blut –	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt – gegebenenfalls einschließlich Eipollösung –	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	266	15,50	35,65	54,25	27,90	18,60
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat	1300	75,77	174,27	265,20	136,39	90,92

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	832	48,50	111,55	169,75	87,30	58,20
1027	Entbindung durch Zange	832	48,50	111,55	169,75	87,30	58,20
1028	Äußere Wendung	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1029	Innere oder kombinierte Wendung – auch mit Extraktion –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i>						
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	1950	113,66	261,42	397,81	204,59	136,39
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	2030	118,32	272,14	414,12	212,98	141,98
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung – auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage –	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettament	824	48,03	110,47	168,11	86,45	57,64
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1043	Naht des Gebärmutterhalses – einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen MutterhalsrisSES –	620	36,14	83,12	126,49	65,05	43,37

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1044	Naht der weichen Geburtswege – auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung – und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses <i>Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.</i>	420	24,48	56,30	85,68	44,06	29,38
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades) <i>Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.</i>	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1048	Operation einer Extrauterin-schwangerschaft	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren – auch mit Einlage eines Ringes –	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1055 ¹⁾	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals –	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals – <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die in-</i>	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93

1) § 5 a GOÄ beachten.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>travaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.</i>						
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38	23,87	36,33	18,68	12,46
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	240	13,99	32,18	48,97	25,18	16,79
1070	Kolposkopie	73	4,25	9,78	14,88	7,65	5,10
1075	Vaginale Behandlung – auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen –	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	106	6,18	14,21	21,63	11,12	7,42
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung	59	3,44	7,91	12,04	6,19	4,13
1082	Ausstopfung der Gebärmutter – gegebenenfalls einschließlich Scheide – zur Blutstillung, als selbständige Leistung	178	10,38	23,87	36,33	18,68	12,46
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung	118	6,88	15,82	24,08	12,38	8,26
1085	Kryochirurgischer Eingriff im vaginalbereich, als selbständige Leistung	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1086	Konisation der Portio	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21	7,38	11,24	5,78	3,85
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42	12,47	18,97	9,76	6,50

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	52	3,03	6,97	10,61	5,45	3,64
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	106	6,18	14,21	21,63	11,12	7,42
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03	6,97	10,61	5,45	3,64
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt – gegebenenfalls einschließlich Naht –	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1099	Operative Behandlung der Hämatoo oder Pyometra	647	37,71	86,73	131,99	67,88	45,25
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand – gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen –	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1104	Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses – gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen –	647	37,71	86,73	131,99	67,88	45,25

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten –	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
1110	Hysteroskopie	444	25,88	59,52	90,58	46,58	31,06
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en)	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1112	Tubendurchblasung	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung	420	24,48	56,30	85,68	44,06	29,38
1114	Insemination – auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens –	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses – auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina –	647	37,71	86,73	131,99	67,88	45,25
1121	Operation eines alten vollkommenen Dammrisses	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.</i>						
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschuß der Scheide	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	2270	132,31	304,31	463,09	238,16	158,77
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
1125	Vordere Scheidenplastik	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1128	Scheiden- und Portioplastik – gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik –	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z. B. nach Shirodkar)	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
1135	Zervixamputation	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie – auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses –, als selbständige Leistung	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
1137	Vaginale Myomenukleation	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	3330	194,10	446,43	679,35	349,38	232,92
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	19,41	44,64	67,94	34,94	23,29
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1145	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1146	Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portoadapters – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
1156	Pelviskopie mit Anlegen einer druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portoadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1050	61,20	140,76	214,20	110,16	73,44
1158	Kuldoskopie – auch mit operativen Eingriffen –	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile – auch Vulvektomie –	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1160	Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1162	Abdominale Myomenukleation	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1163	Fisteloperation an den Geschlechts- teilen – gegebenenfalls einschließ- lich der Harnblase und/oder Ope- ration einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hin- terer Scheidenplastik und Becken- bodenplastik –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
1166	Radikaloperation des Zervixkreb- ses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymph- knoten	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15
1167	Radikaloperation des Zervixkreb- ses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch pa- raaortal	4900	285,61	656,90	999,64	514,10	342,73
1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	343,90	790,97	1203,65	619,02	412,68

I. Augenheilkunde

1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	3,44	7,91	12,04	6,19	4,13
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Glä- sern	89	5,19	11,94	18,17	9,34	6,23
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwen- dung eines Refraktometers	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1203	Messung der Maximal- oder Ge- brauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optome- ter	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
1204	Messung der Hornhautkrüm- mungsradien	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei sub- jektiver Brillenunverträglichkeit	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
1209	Nachweis der Tränensekretions- menge (z. B. Schirmer-Test)	20	1,17	2,69	4,10	2,11	1,40

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>						
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	228	13,29	30,57	46,52	23,92	15,95
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gegebenenfalls Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	132	7,69	17,69	26,92	13,84	9,23
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontaktlinsen (Haftschalen) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	198	11,54	26,54	40,39	20,77	13,85
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht getragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211</i>						

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.</i>						
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus – gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes –	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	14,11	32,45	49,39	25,40	16,93
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>						
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,36
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) – auch Perimetrie nach Förster –	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	182	10,61	24,40	37,14	19,10	12,73
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	248	14,46	33,26	50,61	26,03	17,35
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z. B. Farbtafeln)	61	3,56	8,19	12,46	6,41	4,27
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61	24,40	37,14	19,10	12,73
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21	64,89	98,74	50,78	33,85
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.</i>						
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hrubby-Linse) –	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1241	Gonioskopie	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) – gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung –	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56	8,19	12,46	6,41	4,27
1244	Exophthalmometrie	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Applikation des Teststoffes –	242	14,11	32,45	49,39	25,40	16,93
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes –	484	28,21	64,88	98,74	50,78	33,85
	<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>						
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	273	15,91	36,59	55,69	28,64	19,09
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	273	15,91	36,59	55,69	28,64	19,09

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
1255 ¹⁾	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	70	4,08	7,34	10,20	5,63	4,08 ²⁾
1256 ¹⁾	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	100	5,83	10,49	14,58	8,05	5,83 ²⁾
1257 ¹⁾	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) – auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes –	242	14,11	25,40	35,28	19,47	14,11 ²⁾
1259 ¹⁾	Pupillographie	242	14,11	25,40	35,28	19,47	14,11 ²⁾
1260 ¹⁾	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64	58,75	81,60	45,04	32,64 ²⁾
1262 ¹⁾	Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, erste Messung	242	14,11	25,40	35,28	19,47	14,11 ²⁾
1263 ¹⁾	Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, jede weitere Messung	152	8,86	15,95	22,15	12,23	8,86 ²⁾
1268 ¹⁾	Aktive Behandlung der Schwach-sichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Minstdauer 20 Minuten	152	8,86	15,95	22,15	12,23	8,86 ²⁾
1269 ¹⁾	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haplo-skops (z. B. Synoptophor, Ambly-oskop), Minstdauer 20 Minuten	152	8,86	15,95	22,15	12,23	8,86 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1270 ¹⁾	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15	5,67	7,88	4,35	3,15 ²⁾
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,22
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	37	2,16	4,97	7,56	3,89	2,59
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rost- ringes	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	278	16,20	37,26	56,70	29,16	19,44
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augennern mit Hilfe des Magneten – einschließlich Eröffnung des Aug- apfels –	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
1281	Entfernung von nichtmagneti- schen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augennern	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augap- felbindehaut	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöchernerne Gerüst	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone	278	16,20	37,26	56,70	29,16	19,44
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanaals	132	7,69	17,69	26,92	13,84	9,23
1299	Tränensackexstirpation	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung	1220	71,11	163,55	248,89	128,00	85,33
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)	739	43,07	99,06	150,75	17,53	51,68
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1313	Abreiben, Skarifizieren oder chemische Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,10
1318	Ausrollen oder Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel – einschließlich Entnahme des Transplantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03	6,97	10,61	5,45	3,64
1321	Operation des Flügelfells	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91	8,99	13,69	7,07	4,69

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde – auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26	7,50	11,41	5,87	3,91
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41	44,64	67,94	34,94	23,29

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1345	Hornhautplastik	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothese)	3030	176,61	406,20	618,14	317,90	211,93
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars	832	48,50	111,55	169,75	87,30	58,20
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) – gegebenenfalls mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1350	Staroperation – gegebenenfalls mit Iridektomie – einschließlich Nahttechnik	2370	138,14	317,72	483,49	248,65	165,77
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50	111,55	169,75	87,30	58,20
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1358	Zyklodialyse, Iridektomie	1000	58,29	134,07	204,02	104,42	69,95
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrebekuloplastik)	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61	406,20	618,14	317,90	211,93
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61	406,20	618,14	317,90	211,93
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) – gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –	3050	177,78	408,89	622,23	320,00	213,34
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) – gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32	37,54	57,12	29,38	19,58
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung	830	48,38	111,27	169,33	87,08	58,06
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1400	Genauere Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
1401 ¹⁾	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	60	3,50	6,30	8,75	4,83	3,50 ²⁾
1403 ¹⁾	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) – auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung –	158	9,21	16,58	23,03	12,71	9,21 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1404 ¹⁾	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)	158	9,21	16,58	23,03	12,71	9,21 ²⁾
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>						
1405 ¹⁾	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	63	3,67	6,61	9,18	5,06	3,67 ²⁾
1406 ¹⁾	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen – gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung –	182	10,61	19,10	26,53	14,64	10,61 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>						
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	182	10,61	24,40	37,14	19,10	12,73
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	119,05	181,16	93,17	62,11
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>						
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	35,54	54,08	27,81	18,54
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	42	2,45	5,64	8,58	4,41	2,94
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	16,22	24,68	12,69	8,46
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder –	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.</i>						
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	95	5,54	12,74	19,39	9,97	6,65
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase	370	21,57	49,60	75,50	38,83	25,88

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision	119	6,94	15,96	24,29	12,49	8,33
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30	12,19	18,55	9,54	6,36
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	36	2,10	4,83	7,35	3,78	2,52
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14	317,72	483,49	248,65	165,77
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33	992,06	1509,66	776,39	517,60
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94
1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52	31,10	47,32	24,34	16,22
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1465	Punktion einer Kieferhöhle – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten –	119	6,94	15,96	24,29	12,49	8,33
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) – gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 –	178	10,38	23,87	36,33	18,68	12,46
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus – einschließlich Fensterung –	407	23,72	54,56	83,02	42,70	28,46

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus – einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand –	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle – gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen – vom Naseninnern aus	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94	29,76	45,29	23,29	15,53
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.</i>						
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –	178	10,38	23,87	36,33	18,68	12,46
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus – auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln –	59	3,44	7,91	12,04	6,19	4,13
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	44	2,56	5,89	8,96	4,61	3,07
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41	44,64	67,94	34,94	23,29
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,34
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26	7,50	11,41	5,87	3,91
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	93	5,42	12,47	18,97	9,76	6,50
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1510	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges – gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen –	190	11,07	25,46	38,75	19,93	13,28
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1512	Teilweise Entfernung der Zunge – gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis – gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes –	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	46	2,68	6,16	9,38	4,82	3,22
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettament im Kehlkopf	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61	24,40	37,14	19,10	12,73
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61	24,40	37,14	19,10	12,73

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i>						
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf	647	37,71	86,73	131,99	67,88	45,25
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02	186,35	283,57	145,84	97,22
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17	221,19	336,60	173,11	115,40
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes – einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes – einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen –	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreocondrotomie – einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07	276,16	420,25	216,13	144,05
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea – gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)	119	6,94	15,96	24,29	12,49	8,33
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>						
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesinsatzes, der Tonhaldedauer, des Stimmumfangs und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	119	6,94	15,96	24,29	12,49	8,33
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18	14,21	21,63	11,12	7,42
1558 ¹⁾	Stimmtherapie bei Kehlkopfflosen (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	148	8,63	15,53	21,58	11,91	8,63 ²⁾
1559 ¹⁾	Sprachübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,73	30,18	16,66	12,07 ¹⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR	Schwellenwert in EUR	Höchstwert in EUR	Standardtarif in EUR	Basis-tarif
1560 ¹⁾	Stimmübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmeinsatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,73	30,18	16,66	12,07 ²⁾
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
1569	Entfernung eines nicht feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1570	Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)	320	18,65	42,90	65,28	33,57	22,38
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle – gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang –	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	89	5,19	11,94	18,17	9,34	6,23
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	130	7,58	17,43	26,53	13,67	9,10
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	30	1,75	4,03	6,13	3,15	2,10
1590	Katheterismus der Ohrtrompete – auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche –, auch beidseitig	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses – gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 –	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung	2350	136,98	315,05	479,43	246,56	164,38
1614	Tympanoplastik – einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette –	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
1620	Fensterungsoperation – einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes –	2350	136,98	315,05	479,43	246,56	164,38
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) – gegebenenfalls einschließlich Interposition –	2350	136,98	315,05	479,43	246,56	164,38
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	2350	136,98	315,05	479,43	246,56	164,38
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen	1330	77,52	178,30	271,32	139,54	93,02
1628	Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision)	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	51,70	118,91	180,95	93,06	62,04
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29	74,27	113,02	58,15	38,75

K. Urologie

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, erste Sitzung	178	10,38	23,87	36,33	18,68	12,46
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37	10,05	15,30	7,87	5,24
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung	59	3,44	7,91	12,04	6,19	4,13
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	119	6,94	15,96	24,29	12,49	8,33
1713	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation, Erstbougie und/oder Spaltung einer Strikturen)	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1721	Verschuß einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1722	Verschuß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Strikture der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44	7,91	12,04	6,19	4,13
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula –	104	6,06	13,94	21,21	10,91	7,27
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau <i>Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.</i>	37	2,16	4,97	7,56	3,89	2,59
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula –	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1732	Einlegung eines Verweilkatheters – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 – <i>Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.</i>	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80
1737	Meatomie	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1741	Phimoseoperation	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95	11,39	17,33	8,91	5,94
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1747	Penisamputation	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen – einschließlich Verlagerung der Harnröhre –	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßnastomose bei Priapismus	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßnastomose bei Priapismus	3200	186,52	429,00	652,82	335,74	223,82
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1754	Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern – einschließlich graphischer Registrierung –	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
1755	Unterbindung eines Samenleiters – auch mit Teilresektion –, als selbständige Leistung	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1756	Unterbindung beider Samenleiter – auch mit Teilresektion(en) –, als selbständige Leistung	832	48,50	111,55	169,75	87,30	58,20
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	2800	163,20	375,36	571,20	293,76	195,84
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	99,20	150,96	77,63	51,76
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81	61,66	93,84	48,26	32,17
1765	Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite –, einseitig	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1766	Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) –, beidseitig	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) – gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat –	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
1776	Eröffnung eines Prostataabzesses vom Damm aus	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	2590	150,96	347,21	528,36	271,73	181,15
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
1785	Zystoskopie	207	12,07	27,76	42,25	21,73	14,48
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	355	20,69	47,59	72,42	37,24	24,83
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69	33,79	51,42	26,44	17,63
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25	39,68	60,38	31,05	20,70
1789	Chromozystoskopie – einschließlich intravenöser Injektion –	325	18,94	43,56	66,29	34,09	22,73

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) – einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken –	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	212	12,36	28,43	43,26	22,25	14,83
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests – <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests – <i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.</i>	680	39,64	91,17	138,74	71,35	47,57
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	273	15,91	36,59	55,69	28,64	19,09
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1797	Ausräumung einer Blutampoune der Harnblase, als selbständige Leistung	355	20,69	47,59	72,42	37,24	24,83
1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests –	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>						
1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27	198,42	301,95	155,24	103,52
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten – gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters –	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle – auch einschließlich Probeexzision –	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.</i>						
1804	Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	4070	237,23	545,63	830,31	427,01	284,68

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter – gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung –	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,74
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70	618,01	940,45	483,66	322,40
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters <i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>	340	19,82	45,59	69,37	35,68	23,78
1814	Harnleiterbougieung	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen – gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums – <i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung	481	28,04	64,49	98,14	50,47	33,65
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1818	Ureterektomie – gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96	347,21	528,36	271,73	181,15
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10	446,43	679,35	349,38	232,92
1825	Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie – gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung –, zusätzlich zu den Leistungen nach Nummer 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
1828	Ureterpyeloskopie – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung –	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	2590	150,96	347,21	528,36	271,73	181,15
1829a	Ureterolyse, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
1830	Operative Freilegung einer Niere – gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	237	13,81	31,76	48,34	24,86	16,57
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes – ohne Eröffnung des Nierenbeckens –, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
1836	Nierenpolresektion, als selbständige Leistung	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1837	Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
1841	Nephrektomie	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1842	Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) –	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
1843	Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) –	4160	242,48	557,70	848,68	436,46	290,98
1845	Implantation einer Niere	4990	290,85	668,96	1017,98	523,53	349,02
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48	557,70	848,68	436,46	290,98
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	6500	378,87	871,40	1326,05	681,97	454,64
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel – gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1250	72,86	167,58	255,01	131,15	87,43
1852	Transkutane Pyeloskopie – einschließlich Bougierung der Nierenfistel –	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.</i>						
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48	557,70	848,68	436,46	290,98
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle –, je Sitzung	6000	349,72	804,36	1224,02	629,50	419,66

L. Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

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

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08	9,38	14,28	7,34	4,90
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33	21,46	32,66	16,79	11,20
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99	32,18	48,97	25,18	16,79
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i>						
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde –	63	3,67	8,44	12,85	6,61	4,40
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	40	2,33	5,36	8,16	4,19	2,80
2008	Wund- oder Fistelspaltung	90	5,25	12,08	18,38	9,45	6,30
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung –	60	3,50	8,05	12,25	6,30	4,20

II. Extremitätenchirurgie

2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperrung an einer Extremität	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie – gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels –	130	7,58	17,43	26,53	13,64	9,10
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage	189	11,02	25,35	38,57	19,84	13,22

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	57	3,32	7,64	11,62	5,98	3,98
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	15,27	23,24	11,95	7,97
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe – auch mit Defektdeckung –	180	10,49	24,13	36,72	18,88	12,59
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	45	2,62	6,03	9,17	4,72	3,14
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom)	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	194,40	295,82	152,14	101,42
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie	1700	99,09	227,91	346,82	178,36	118,91
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	2400	139,89	321,75	489,62	251,80	167,87

D 1b

Nummer	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR	Schwellenwert in EUR	Höchstwert in EUR	Standardtarif in EUR	Basis-tarif
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie	2400	139,89	321,75	489,62	251,80	167,87
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	7000	408,01	938,42	1428,04	734,42	489,61
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	8000	466,30	1072,49	1632,05	839,34	559,56
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)	230	13,41	30,84	46,94	24,14	16,09
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	74	4,31	9,91	15,09	7,76	5,17
2062	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062	126	7,34	16,88	25,69	13,21	8,81
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23	60,33	91,81	47,21	31,48
2067	Operation einer Hand- oder Fußmißbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
2070	Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2072	Offene Sehnen- oder Muskel- durchschneidung	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Faszi- ennaht – gegebenenfalls ein- schließlich Versorgung einer fri- schen Wunde –	650	37,89	87,15	132,62	68,20	45,47
2074	Verpflanzung einer Sehne oder ei- nes Muskels	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2076	Operative Lösung von Verwach- sungen um eine Sehne, als selbstän- dige Leistung	950	55,37	127,35	193,80	99,67	66,44
2080	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mittels Sehnendurchschnei- dung	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2081	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung und/ oder plastischer Sehnenoperation – gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Kno- chenteils –	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,43
2082	Operative Herstellung eines Sehnen- bettes – einschließlich einer alloplas- tischen Einlage an der Hand –	1650	96,17	221,19	336,60	173,11	115,40
2083	Freie Sehnentransplantation	1650	96,17	221,19	336,60	173,11	115,40
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision –	407	23,72	54,56	83,02	42,70	28,46
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfer- nung der Palmaraponeurose	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Ent- fernung der Palmaraponeurose	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94
2089	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Ent- fernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzel- nen Fingern – gegebenenfalls ein- schließlich Z- und/oder Zickzack- plastiken –	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnen- scheidenpanaritium, je Sitzung	63	3,67	8,44	12,85	6,61	4,40
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) – gegebe- nenfalls mit Entfernung von vor- springenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung –	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91	6,69	10,19	5,24	3,49

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

2100	Naht der Gelenkkapsel eines Fin- ger- oder Zehngelenks	278	16,20	37,26	56,70	29,16	19,44
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kie- fer-, Hand- oder Fußgelenks	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schul- ter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Knie- gelenks oder eines Wirbelgelenks	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk – gegebenenfalls ein- schließlich Abtragung oder Ver- pflanzung von Sehnenansatzstel- len am Knochen –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plas- tischer Ersatz von Kreuz- und/der Seitenbändern)	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Ze- hngelenks	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmo	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2117	Meniskusoperation	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89	87,15	132,62	68,20	45,47
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks	1300	75,77	174,27	265,20	136,39	90,92
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks	407	23,72	54,56	83,02	42,70	28,46
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende – gegebenenfalls mit Osteosynthese –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89	87,15	132,62	68,20	45,47
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	1300	75,77	174,27	265,20	136,39	90,92

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks – auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehngelenks	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehngelenks oder einer Fingerprothese	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehngelenks oder einer Fingerprothese	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	4860	283,28	651,54	991,48	509,90	339,94
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	3600	209,83	482,61	734,41	377,69	251,80
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	6480	377,70	868,71	1321,95	679,86	453,24
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	3240	188,85	434,36	660,98	339,93	226,62
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie – auch Pfannendachplastik –	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	4980	290,27	667,62	1015,95	522,49	348,32
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,80
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	6660	388,19	892,84	1358,67	698,74	465,83
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	6660	388,19	892,84	1358,67	698,74	465,83
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials – gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation –	6000	349,72	804,36	1224,02	629,50	419,66
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	3200	186,52	429,00	652,82	335,74	223,82
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese – einschließlich operativer Versteifung des Gelenks –	3200	186,52	429,00	652,82	335,74	223,82
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils – einschließlich plastischer Deckung –	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti – einschließlich plastischer Deckung –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens – einschließlich plastischer Deckung –	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich – einschließlich plastischer Deckung –	1110	64,70	148,81	226,45	116,42	77,64
2174	Amputation im Oberschenkelbereich – einschließlich plastischer Deckung –	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	227	13,23	30,43	46,31	23,81	15,88
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	740	43,13	99,20	150,96	77,63	51,76
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2189	Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper –	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2190	Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht –	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten –	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2195	Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.

2203	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	93	5,42	12,47	18,97	9,76	6,50
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	140	8,16	18,77	28,56	14,69	9,79
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks	220	12,82	29,49	44,87	23,08	15,38
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	407	23,72	54,56	83,02	42,70	28,46

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	278	16,20	37,26	56,70	29,16	19,44
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	420	24,48	56,30	85,68	44,06	29,38
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	540	31,48	72,40	110,18	56,66	37,78
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks	540	31,48	72,40	110,18	56,66	37,78
2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	111	6,47	14,88	22,65	11,65	7,76
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	170	9,91	22,79	34,69	17,84	11,89
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulgelenks	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
2230	Operation der Luxation einer Kniescheibe	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	473	27,57	63,41	96,50	49,63	33,08
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation – einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne – einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 – einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben –	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik – auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	4500	262,29	603,27	918,02	172,12	314,75

V. Knochenchirurgie

2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2253	Knochenspanentnahme	647	37,71	86,73	131,99	67,88	45,25
2254	Implantation von Knochen	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Osteosynthese –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2263	Resektion eines kleinen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils – mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation)	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
2265	Resektion eines großen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochenoder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2267	Knochenzerbrechung	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2268	Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,40
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Anbringens eines Distraktors –	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens – einschließlich Anbringens eines Distraktors –	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05	76,02	115,68	59,44	39,66
2278	Autologe Tabula-externa Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
2279	Chemonukleolyse	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	1135	66,16	152,17	231,56	119,09	79,39

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapsabtragung und Bandscheibenausräumung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes – einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung –	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese – einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material –	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule – einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung –	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang – auch mit Knocheneinpflanzung –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	920	53,62	123,33	187,67	96,52	64,34
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2293	Operation einer Steißbeinfistel	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2294	Steißbeinresektion	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,39
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296	1180	68,78	158,19	240,73	123,80	82,54

VI. Frakturbehandlung

2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade – gegebenenfalls einschließlich Wundverband –	189	11,02	25,35	38,57	19,84	13,22
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens – gegebenenfalls einschließlich Wundverband	227	13,23	30,43	46,31	23,81	15,88
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	757	44,12	101,48	154,42	79,42	52,94
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12	101,48	154,42	79,42	52,94

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins – einschließlich Nagelung und/oder Drahtung –	567	33,05	76,02	115,68	59,41	39,66
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	227	13,23	30,43	46,31	23,81	15,88
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	473	27,57	63,41	96,50	49,63	33,08
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	341	19,88	45,72	69,58	35,78	23,86
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	473	27,57	63,41	96,50	49,63	33,08
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	757	44,12	101,48	154,42	79,42	52,94
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	227	13,23	30,43	46,31	23,81	15,88
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	2800	163,20	375,36	571,20	293,76	195,84
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	473	27,57	63,41	96,50	49,63	33,08
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe – auch mit Fremdmaterial –	650	37,89	87,15	132,62	68,20	45,47

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittgliedern der Fingerknochen	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
2338a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers – einschließlich Fixation durch Osteosynthese –	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittgliedknochen der Finger mit Osteosynthese	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20	37,26	56,70	29,16	19,44
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß)	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2348	Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch	555	32,35	74,41	113,23	58,23	38,82
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2356	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan –	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	41,56	63,25	32,53	21,68
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2383	Vollhauttransplantation – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle –	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe)	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle –	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
2386	Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung –	688	40,10	92,23	140,35	72,18	48,12
2390	Deckung eines überhandflächen- großen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbe- reiteten freien Hauttransplantaten	1330	77,52	178,30	271,32	139,54	93,02
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlap- pens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzun- gen	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
2392a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe – einschließlich plastischer Dek- kung –	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentrans- port)	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2394	Implantation eines Rundstiellap- pens – einschließlich Modellierung am Ort –	2200	128,23	294,93	448,81	230,81	153,88
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
2397	Operative Ausräumung eines aus- gedehnten Hämatoms, als selb- ständige Leistung	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2400	Öffnung eines Körperkanalver- schlusses an der Körperoberfläche	111	6,47	14,88	22,65	11,65	7,76
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenen Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	7,75	17,83	27,13	13,95	9,30
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus ei- nem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	7,75	17,83	27,13	13,95	9,30
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neu- rom)	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2405	Entfernung eines Schleimbeutels	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst – gege- benenfalls einschließlich ganzer Muskeln – und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
2408	Ausräumung des Lymphstromge- biets einer Axilla	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94
2410	Operation eines Mammatumors	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2412	Absetzen einer Brustdrüse ein- schließlich Brustmuskulatur	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikalope- ration)	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	163,20	375,36	571,20	293,76	195,84
2415	Aufbauplastik der Mamma ein- schließlich Verschiebeplastik – ge- gebenenfalls einschließlich Inkor- poration einer Mammaprothese –	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) – auch mit Drainage(n) –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	80	4,66	10,72	16,31	8,39	5,59
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	220	12,82	29,49	44,87	23,08	15,38
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	303	17,66	40,62	61,81	31,79	21,19
2431	Eröffnung eines Karbunkels – auch mit Exzision –	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
2432	Eröffnung einer Phlegmone	473	27,57	63,41	96,50	49,63	33,08
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2441	Operative Korrektur einer entstehenden Gesichtsnarbe	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung	900	52,46	120,66	183,61	94,43	62,95
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97	80,43	122,40	62,95	41,96
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung – einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie –	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
2452	Exstirpation einer Fettschürze – einschließlich plastischer Deckung des Grundes –	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63

VIII. Neurochirurgie

2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	1850	107,83	248,01	377,41	194,01	129,40
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels – einschließlich Reimplantation von Knochenstücken –	3100	180,69	415,59	632,42	325,24	216,83
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	2750	160,29	368,67	561,02	288,52	192,35
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom	5250	306,01	703,82	1071,04	550,82	367,21
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) – gegebenenfalls einschließlich Drainage –	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn – einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels –	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86
2519	Trepanation bei Kraniosynostose	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
2525	Operation der prämaternen Schädelnahtsynostose (Kraniosynostose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion	5250	306,01	703,82	1071,04	550,82	367,21

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
2529	Operation einer intrakraniellen Gefäßmißbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	8000	466,30	1072,49	1632,05	839,34	559,56
2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
2531	Intrakranielle Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	6000	349,72	804,36	1224,02	629,50	419,66
2536	Resektion eines Gehirnlappens	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	6250	364,30	837,89	1275,05	655,74	437,16
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	6250	364,30	837,89	1275,05	655,74	437,16
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontaltransorbitalem Zugangsweg	6250	364,30	837,89	1275,05	655,74	437,16
2553	Intrakranielle Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschuß	6000	349,72	804,36	1224,02	629,50	419,66

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2554	Plastischer Verschluss eines Kno- chendefekts im Bereich des Hirn- schädels, als selbständige Leistung	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie ein- es Wirbels/mehrerer Wirbel	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/meh- rerer Wirbel	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/meh- rerer Wirbel – einschließlich Wie- dereinpflanzung von Knochentei- len –	2400	139,89	321,75	489,62	251,80	167,87
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Im- plantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralner- vensystem mit Trepanation	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15
2562	Anatomische Vorausberechnun- gen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Num- mern 2560 und 2561 – gegebenen- falls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädel- innern –	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
2563	Durchschneidung und/oder Zer- störung eines Nerven an der Schä- delbasis	2310	134,64	309,67	471,24	242,35	161,57
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,74
2565	Operativer Eingriff zur Dekom- pression einer oder mehrerer Ner- venwurzel(n) im Zervikalbereich – einschließlich Foraminotomie – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 –	4100	238,98	549,65	836,43	430,16	286,78

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich – gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks – gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes –	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2571	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschuß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	2650	154,46	355,26	540,61	278,03	185,35
2572	Operation einer Mißbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik	3230	188,27	433,02	658,95	338,89	225,92
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	2750	160,29	368,67	561,02	288,52	192,35
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmißbildung oder eines Tumors	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminusastes	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2583	Neurolyse, als selbständige Leistung	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/Armbereich	2600	151,55	348,57	530,43	272,79	181,86
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung – einschließlich Wundversorgung –	1350	78,69	180,99	275,42	141,64	94,43
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)	2400	139,89	321,75	489,62	251,80	167,87
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse – auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht	6000	349,72	804,36	1224,02	629,50	419,66
2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2595	Nervenpfropfung	1600	93,26	214,50	326,41	167,87	111,91
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	2400	139,89	321,75	489,62	251,80	167,87
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	225	13,11	30,15	45,89	23,60	15,73
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2603	Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

2620	Operation der isolierten Lippenpalte	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte – einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken –	9000	524,59	1206,56	1836,07	944,26	629,51

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2625	Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	72,86	167,58	255,01	131,15	87,43
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
2627	Verschuß des harten und weichen Gaumens	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts – einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik –	6000	349,72	804,36	1224,02	629,50	419,66
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13	99,20	150,96	77,63	51,76
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06	73,74	112,21	57,71	38,47
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie	950	55,37	127,35	193,80	99,67	66,44
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	36,14	83,12	126,49	65,05	43,37

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie	760	44,30	101,89	155,05	79,74	53,16
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuboplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	49,54	113,94	173,39	89,17	59,45
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	128,23	294,93	448,81	230,81	153,88
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	100	5,83	13,41	20,41	10,49	7,00
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	81,60	187,68	285,60	146,88	97,92
2685	Reposition eines Zahnes	200	11,66	26,82	40,81	20,99	13,99
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	75,77	174,27	265,20	136,39	90,92
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29	134,07	204,02	104,92	69,95
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Ausprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	209,83	482,61	734,41	377,69	251,80
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich – gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23	60,33	91,81	47,21	31,48
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahhäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2200	128,23	294,93	448,81	230,81	153,88
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen –	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernungen von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
2705	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Mittelgesicht – einschließlich Osteosynthese –	1700	99,09	227,91	346,82	178,36	118,91
2706	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Unterkiefer – einschließlich Osteosynthese –	1300	75,77	174,27	265,20	136,39	90,92
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,48	224,42	115,42	76,94

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2640 oder 2642	750	43,72	100,56	153,02	78,70	52,46
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausträumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen –	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2716	Radikale Halslymphknotenausträumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen –	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden – einschließlich Osteosynthese –	800	46,63	107,25	163,21	83,93	55,96
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88

X. Halschirurgie

2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2751	Tracheotomie	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2752	Exstirpation eines Ductus thyroglossus oder einer medialen Halszyste – gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins –	1350	78,69	180,99	275,42	141,64	94,43
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2754	Operation einer Kiemengangfistel	1660	96,76	222,55	338,66	174,17	116,11
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	2200	128,23	294,93	448,81	230,81	153,88
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst – ein- schließlich Ausräumung der regio- nären Lymphstromgebiete und ge- gebenenfalls der Nachbarorgane –	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Hals- seite, als selbständige Leistung	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

2800	Venaesectio	275	16,03	36,87	56,11	28,85	19,24
2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedma- ßen, als selbständige Leistung	463	26,99	62,08	94,47	48,58	32,28
2802	Freilegung und/oder Unterbin- dung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selb- ständige Leistung	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
2803	Freilegung und/oder Unterbin- dung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2804	Druckmessung(en) am freigeleg- ten Blutgefäß	253	14,75	33,93	51,63	26,55	17,70
2805	Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,97
2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedma- ßen – einschließlich Wundversor- gung –	740	43,13	99,20	150,96	77,63	51,76

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arteriovenösen Fistel –	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73

2. Arterienchirurgie

2820	Rekonstruktive Operation einer extrakraniellen Hirnarterie	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakraniellen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	4200	244,81	563,06	856,84	440,66	293,77
2822	Rekonstruktive Operation einer Armarterie	2300	134,06	308,34	469,21	241,31	160,87
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Verschuß	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2825	Operation einer abnormen Gefäßmißbildung im Thorax durch Rekonstruktion	6500	378,87	871,40	1326,05	681,97	454,64
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	6500	378,87	871,40	1326,05	681,97	454,64
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	5200	303,09	697,11	1060,82	545,56	363,71

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschuß	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	4300	250,64	576,47	877,24	451,15	300,77
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels – auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	5500	320,58	737,33	1122,03	577,04	384,70

3. Venenchirurgie

2880	Inzision eines Varixknotens	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2885	Entfernung einer kleinen Blutader- geschwulst	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2886	Entfernung einer großen Blutader- geschwulst	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2887	Thrombektomie	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arte- riovenösen Shunts	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arte- riovenösen Shunts	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/ oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenien unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperati- on) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio- venösen Fistel –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Trans- plantat	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
2898	Unterbrechung der Vena cava cau- dalis durch Filterimplantation	1500	87,43	201,09	306,01	157,37	104,92
2899	Unterbrechung der Vena cava cau- dalis nach Freilegung	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
2900	Operation bei portalem Hoch- druck durch Dissektion	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
2901	Operation bei portalem Hoch- druck durch venöse Anastomose	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
2902	Operation bei portalem Hoch- druck durch venöse Anastomose und Arterialisierung	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4. Sympathikuschirurgie							
2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
XII. Thoraxchirurgie							
2950	Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,68
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2953	Thorakoplastik	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung – auch Jalousieplastik –	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates –	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40	281,52	428,40	220,32	146,88
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates –	5100	297,27	683,72	1040,45	535,09	356,72
2960	Operation einer Brustkorbdeformität (z. B. Trichterbrust)	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülau'sche Heberdrainage)	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage – gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln –	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung	666	38,82	89,28	135,87	69,88	46,58
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
2975	Dekortikation der Lunge	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,74
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneu- mothorax	739	43,07	99,06	150,75	77,35	51,68
2979	Operative Entfernung eines Pleura- empyems – gegebenenfalls ein- schließlich Rippenresektion(en) –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
2993	Thorakotomie mit Gewebsent- nahme und intrathorakalen Präpa- rationen	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenuklea- tion, Ausschälung von Zysten)	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
2995	Lob- oder Pneumonektomie	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
2997	Lobektomie und Lungensegment- resektion(en)	5100	297,27	683,72	1040,45	535,09	356,72
2998	Bilobektomie	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,74
2999	Pneumonektomie mit intraperi- kardialer Gefäßversorgung und/ oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41	750,74	1142,44	587,54	391,69
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	143,75
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheo- bronchialsystem wie Resektion und/ oder Anastomose und/oder Versteif- ung und/oder plastischer Ersatz	5800	338,07	777,56	1183,25	608,53	405,68

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszeßeröffnung	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,74
3010	Sternotomie, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3012	Drainage des Mediastinums	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78

XIII. Herzchirurgie

3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83	248,01	377,41	194,09	129,40
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde <i>Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.</i>	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
3065	Operation am Perikard, als selbständige Leistung	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3072	Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3073	Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) – auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlöffnung –	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlöffnung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	6500	378,87	871,40	1326,05	681,97	454,64
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß – auch Thromb- oder Embolektomie –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,98
3077	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3078	Operativer Verschluß eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	3300	192,35	442,41	673,23	346,23	230,82
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	3140	183,02	420,95	640,57	329,44	219,62

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	5600	326,41	750,74	1142,44	587,54	391,69
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	5600	326,41	750,74	1142,44	587,54	391,69
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen – ausschließlich der Schrittmacherbehandlung –)	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff – auch Implantation von myokardialen Elektroden –	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	375	21,86	50,28	76,51	39,35	26,23
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme –	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	1600	93,26	214,50	326,41	167,87	111,91
3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung – einschließlich Spülung des Bauchraumes –	1900	110,75	254,73	387,63	199,35	132,90
3145	Teilresektion des Magens	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
3146	Kardiaresektion	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78	643,49	979,23	503,60	335,74
3148	Resektion des Ulcus pepticum	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	5250	306,01	703,82	1071,04	550,82	367,21
3150	Gastrotomie	1600	93,26	214,50	326,41	167,87	111,91
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	1900	110,75	254,73	387,63	199,35	132,90
3153	Pyloroplastik	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzli- chen Drainageverfahren (z. B. Ana- stomose, Pyloruserweiterung ein- schließlich Plastik)	4500	262,29	603,27	918,02	472,12	314,75
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	26,23	60,33	91,81	47,21	31,48
3157	Magenteilresektion mit Dickdarm- teilresektion	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15
3158	Gastroenterostomie	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
3165	Operative Beseitigung von Atresi- en, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	4000	233,15	536,25	816,03	419,97	279,78
3166	Operative Beseitigung der Atresi- en, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet – auch mit Teilresektion –	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
3168	Jejuno-Zökostomie	2600	151,55	348,57	530,43	272,79	181,86
3169	Teilresektion des Kolons – auch mit Anastomose –	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
3170	Kolektomie, auch subtotal – mit Ileostomie –	5250	306,01	703,82	1071,04	550,82	367,21
3171	Operative Beseitigung von Lagean- omalien innerhalb des Magen- Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkind- alter) oder der Darminvagination	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leistung	1600	93,26	214,50	326,41	167,87	111,91
3173	Operative Entfernung des Mek- kel'schen Divertikels	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
3174	Operative Beseitigung einer Darm- duplikatur	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86
3175	Operation des Mekoniumileus	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86
3176	Transposition eines Darmteils in- nerhalb des Abdomens	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3177	Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm – gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm – mit Anastomose	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma	6500	378,87	871,40	1326,05	681,97	454,64
3184	Lebertransplantation	7500	437,15	1005,45	1530,03	786,87	524,58
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3186	Exstirpation der Gallenblase	2500	145,72	335,16	510,02	662,30	174,86
3187	Operation an den Gallengängen – gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase –	3250	189,43	435,69	663,01	340,97	227,32
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81	563,06	856,84	440,66	293,77
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind –	4000	233,15	536,25	816,03	419,67	279,78
3190	Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86
3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66	496,02	754,81	388,19	258,79
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3197	Resektion des ganzen Pankreas	4620	269,29	619,37	942,52	484,72	323,15
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
3199	Milzexstirpation	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
3200	Appendektomie	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt – gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose –	3000	174,86	402,18	612,01	314,75	209,83
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. Duodenum-Dünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
3206	Enterostomie – auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) –	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
3207	Anlegen eines Anus praeter	1480	86,27	198,42	301,95	155,29	103,52
3208	Verschlussoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	1250	72,86	167,58	255,01	131,15	87,43
3209	Verschlussoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	1750	102,00	234,60	357,00	183,60	122,40
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	150	8,74	20,10	30,59	15,73	10,49
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	1200	69,94	160,86	244,79	125,89	83,93
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolon-durchzugsoperation	3750	218,58	502,73	765,03	393,44	262,30
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38	361,97	550,83	283,28	188,86

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmisses	278	16,20	37,26	56,70	29,16	19,44
3220	Operation submuköser Mastdarml-fisteln	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99
3221	Operation intramuskulärer Mast-darml-fisteln	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
3222	Operation einer transsphinkteri-schen Mastdarml-fistel – auch ihres verzweigten Gangsystems –	700	40,80	93,84	142,80	73,44	48,96
3223	Operation einer extrasphinkteri-schen Fistel oder Rundbogenfistel – auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems –	850	49,54	113,94	173,39	89,17	59,45
3224	Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mast-darml-geschwülsten – einschließlich Schleimhautnaht –	1150	67,03	154,17	234,61	120,65	80,44
3226	Perianale operative Entfernung ei-ner Mastdarml-geschwulst mit Durchtrennung der Schließmus-kulatur (Rectostomia posterior) – einschließlich Naht –	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
3230	Manuelles Zurückbringen des Mast-darml-vorfalles	120	6,99	16,08	24,47	12,58	8,39
3231	Operation des Mastdarml-vorfalles bei Zugang vom After aus oder pe-rineal	1150	67,03	154,17	234,61	120,65	80,44
3232	Operation des Mastdarml-vorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	2220	129,40	297,62	452,90	232,92	155,28
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus – auch mit Kreuz-beinschnitt –	2800	163,20	375,36	571,20	293,76	195,84
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Me-gacolon congenitum) – auch mit Kolostomie –	3500	204,01	469,22	714,04	367,22	244,81
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	5000	291,44	670,31	1020,04	524,59	349,73
3236	Unblutige Erweiterung des Mast-darml-schließmuskels	111	6,47	14,88	22,65	11,65	7,76

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung	370	21,57	49,61	75,50	38,83	25,88
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm <i>Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.</i>	185	10,78	24,79	37,73	19,40	12,94
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels	1800	104,92	241,32	367,22	188,86	125,90
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	554	32,29	74,27	113,02	58,12	38,75
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Milligan/Morgan) – auch mit Analplastik –	924	53,86	123,88	188,51	96,95	64,63

XV. Hernienchirurgie

3280	Operation einer Diaphragmahernie	2770	161,46	371,36	565,11	290,63	193,75
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	222	12,94	29,76	45,29	23,29	15,53
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches	1110	64,70	148,81	226,45	116,46	77,64
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik – auch mit Darmresektion –	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	1290	75,19	172,94	263,17	135,34	90,23
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches – gegebenenfalls mit Darmresektion –	2000	116,57	268,11	408,00	209,83	139,88

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	2500	145,72	335,16	510,02	262,30	174,86
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	2250	131,15	301,65	459,03	236,07	157,38

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

3300	Arthroskopie – gegebenenfalls mit Probeexzision –	500	29,14	67,02	101,99	52,45	34,97
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußver- bildung	473	27,57	63,41	96,50	49,63	33,08
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	227	13,23	30,43	46,31	23,81	15,88
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmo- bilisierung	37	2,16	4,97	7,56	3,89	2,59
3306	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	148	8,63	19,85	30,21	15,53	10,36
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstof- fe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	76	4,43	10,19	15,51	7,97	5,32
3311	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstof- fe für einen Unterarm einschließ- lich Hand oder für einen Unter- schenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Un- terschenkelstumpf	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstof- fe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	189	11,02	25,35	38,57	19,84	13,22
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstof- fe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	303	17,66	40,62	61,81	31,79	21,19

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	379	22,09	50,81	77,32	39,76	26,51
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	473	27,57	63,41	96,50	49,43	33,08
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	757	44,12	101,48	154,42	79,42	52,94
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	946	55,14	126,82	192,99	99,25	66,17
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels <i>Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist.</i> <i>Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i>	95	5,54	12,74	19,39	9,97	6,65
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)	152	8,86	20,38	31,01	15,95	10,63

M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

- Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.

Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten – auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befund-

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	mitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.						
	Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.						
2.	Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.						
3.	Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.						
4.	Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden. Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.						
5.	Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).						
6.	Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde. Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein. Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.						
7.	Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.						
8.	Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.						
9.	Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt: Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);						

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;						
	Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;						
	Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.						
	Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.						
10.	Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.						
11.	Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.						

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

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

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

3500 ¹⁾	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
	<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>						
3501 ¹⁾	Blutkörperchensenkungs- geschwindigkeit (BKS, BSG)	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3502 ¹⁾	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3503 ¹⁾	Hämatokrit	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
	Mikroskopische Einzelbestim- mung, je Meßgröße	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
<i>Katalog</i>							
3504 ¹⁾	Erythrozyten						
3505 ¹⁾	Leukozyten						
3506 ¹⁾	Thrombozyten						
3508 ¹⁾	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	80	4,66	5,36	6,06	5,41	4,19 ²⁾
3509 ¹⁾	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Me- thylenblau, Lugol), je Material	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
3510 ¹⁾	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3511 ¹⁾	Untersuchung eines Körpermate- rials mit vorgefertigten Reagenz- trägern oder Reagenzzubereitun- gen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urin- teststreifen), qualitativ oder semi- quantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾
<i>Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachrea- genzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungs- fähig, wenn mehrere Einfachrea- genzträger verwandt wurden.</i>							

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung folgender Meßgrößen un- abhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
3512 ¹⁾	Alpha-Amylase						
3513 ¹⁾	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)						
3514 ¹⁾	Glukose						
3515 ¹⁾	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)						
3516 ¹⁾	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)						
3517 ¹⁾	Hämoglobin						
3518 ¹⁾	Harnsäure						
3519 ¹⁾	Kalium						
3520 ¹⁾	Kreatinin						
3521 ¹⁾	Lipase						
	Untersuchung folgender Meßgrößen un- abhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
3523 ¹⁾	Antistreptolysin (ASL)						
3524 ¹⁾	C-reaktives Protein (CRP)						
3525 ¹⁾	Mononukleosetest						
3526 ¹⁾	Rheumafaktor (RF)						
3528 ¹⁾	Schwangerschaftstest (Nachweis- grenze des Tests kleiner als 500 U/l)	130	7,58	8,72	9,85	8,79	6,82 ²⁾
3529 ¹⁾	Schwangerschaftstest (Nachweis- grenze des Tests kleiner als 50 U/l)	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3530 ¹⁾	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3531 ¹⁾	Urinsediment	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3532 ¹⁾	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

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

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

Höchstwerte

3541.H ¹⁾	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
----------------------	---	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550 ¹⁾	Blutbild und Blutbildbestandteile	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
--------------------	-----------------------------------	----	------	------	------	------	--------------------

Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden:

Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3551 ¹⁾	Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	20	1,17	1,35	1,52	1,36	1,05 ²⁾
3552 ¹⁾	Retikulozytenzahl	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555 ¹⁾	Calcium	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3556 ¹⁾	Chlorid	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
3557 ¹⁾	Kalium	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
3558 ¹⁾	Natrium	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

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

3560 ¹⁾	Glukose	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3561 ¹⁾	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3562.H1 ¹⁾	Cholesterin	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3563.H1 ¹⁾	HDL-Cholesterin	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3564.H1 ¹⁾	LDL-Cholesterin	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3565.H1 ¹⁾	Triglyzeride	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

3570.H1 ¹⁾	Albumin, photometrisch	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
-----------------------	------------------------	----	------	------	------	------	--------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3571 ¹⁾	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin –	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾
3572 ¹⁾	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3573.H1 ¹⁾	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
3574 ¹⁾	Proteinelektrophorese im Serum	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3575 ¹⁾	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾

5. Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

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

3580.H1 ¹⁾	Anorganisches Phosphat	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3581.H1 ¹⁾	Bilirubin, gesamt	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3582 ¹⁾	Bilirubin, direkt	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3583.H1 ¹⁾	Harnsäure	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3584.H1 ¹⁾	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3585.H1 ¹⁾	Kreatinin	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3587.H1 ¹⁾	Alkalische Phosphatase	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3588.H1 ¹⁾	Alpha-Amylase (auch immunninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3589.H1 ¹⁾	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3590.H1 ¹⁾	Creatinkinase (CK)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3591.H1 ¹⁾	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾
3592.H1 ¹⁾	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3593.H1 ¹⁾	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾
3594.H1 ¹⁾	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3595.H1 ¹⁾	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3596.H1 ¹⁾	Hydroxybutyratdehydrogenase (HDBH)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3597.H1 ¹⁾	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3598.H1 ¹⁾	Lipase	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾
3599 ¹⁾	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾

6. Gerinnungssystem

3605 ¹⁾	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾
3606 ¹⁾	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3607 ¹⁾	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾

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.

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
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 ¹⁾	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
3611 ¹⁾	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,40 ²⁾
3612 ¹⁾	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	280	16,32	18,77	21,22	18,93	14,69 ²⁾
3613 ¹⁾	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,40 ²⁾
3615 ¹⁾	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾

8. Spurenelemente

3620 ¹⁾	Eisen im Serum oder Plasma	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3621 ¹⁾	Magnesium	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

3630.H ¹⁾	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	50,71	58,32	65,92	58,82	45,64 ²⁾
3631.H ¹⁾	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	81,60	93,84	106,08	94,66	73,44 ²⁾
3633.H ¹⁾	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	32,06	36,87	41,68	37,19	28,85 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)							
3650 ¹⁾	Blut im Stuhl, dreimalige Untersu- chung <i>Die Kosten für ausgegebenes Test- material sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungs- fähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3651 ¹⁾	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3652 ¹⁾	Streifentest im Urin, auch bei Ver- wendung eines Mehrfachreagenz- trägers, je Untersuchung	35	2,04	2,35	2,65	2,37	1,84 ²⁾
3653 ¹⁾	Urinsediment, mikroskopisch	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,61 ²⁾
3654 ¹⁾	Zellzählung im Urin (Addis- Count), mikroskopisch	80	4,66	5,36	6,06	5,41	4,19 ²⁾
2. Sekrete, Liquor, Konkrement							
3660 ¹⁾	Sekret (Magen, Duodenum, Cer- vix uteri), mikroskopische Beur- teilung	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3661 ¹⁾	Gallensediment, mikroskopisch	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3662 ¹⁾	HCl, titrimetrisch	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3663 ¹⁾	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,40 ²⁾
3664 ¹⁾	Spermienagglutination, mikrosko- pisch	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3665 ¹⁾	Spermien-Mucus-Penetrations- test, je Ansatz	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾
3667 ¹⁾	Spermienzahl und Motilitätsbeur- teilung, mikroskopisch	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3668 ¹⁾	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung) <i>Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>	400	23,31	26,81	30,30	27,04	20,98 ²⁾
3669 ¹⁾	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	3,50	4,03	4,55	4,60	3,15 ²⁾
3670 ¹⁾	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	3,50	4,03	4,55	4,60	3,15 ²⁾
3671 ¹⁾	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,37 ²⁾
3672 ¹⁾	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch einschließlich chemischer Reaktionen	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3673 ¹⁾	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680 ¹⁾	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
3681 ¹⁾	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
3682 ¹⁾	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3683 ¹⁾	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	14,57	16,76	18,94	16,19	13,11 ²⁾
3686 ¹⁾	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3688 ¹⁾	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
3689 ¹⁾	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,40 ²⁾
3690 ¹⁾	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3691 ¹⁾	Hämoglobinelektrophorese	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
3692 ¹⁾	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	3,50	4,03	4,55	4,60	3,15 ²⁾
3693 ¹⁾	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Lumineszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
3694 ¹⁾	Lymphozytentransformationstest	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
3695 ¹⁾	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3696 ¹⁾	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3697 ¹⁾	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum <i>Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.</i>	250	14,57	16,76	18,94	16,19	13,11 ²⁾
3698 ¹⁾	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3699 ¹⁾	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum <i>Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.</i>	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾
3700 ¹⁾	Tumorstammzellenassay gegebenfalls auch von Zellanteilen – zur Prüfung der Zytostatikasensibilität –	2000	116,57	134,06	151,54	135,22	104,91 ²⁾

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710 ¹⁾	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb)	90	5,25	6,04	6,83	6,04	4,73 ²⁾
3711 ¹⁾	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3712 ¹⁾	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3714 ¹⁾	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3715 ¹⁾	Bikarbonat	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3716 ¹⁾	Osmolalität	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721 ¹⁾	Glykierte Proteine	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3722 ¹⁾	Fructosamin, photometrisch	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3723 ¹⁾	Fruktose, photometrisch	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3724 ¹⁾	D-Xylose, photometrisch	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3725 ¹⁾	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligan- denassay – gegebenenfalls ein- schließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Im- mundiffusion oder ähnliche Un- tersuchungsmethoden, je Bestim- mung –	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3726 ¹⁾	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
3727 ¹⁾	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	39,64	45,59	51,53	45,98	35,68 ²⁾
3728 ¹⁾	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3729 ¹⁾	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3730 ¹⁾	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligan- denassay – gegebenenfalls ein- schließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Elektroimmundiffusion	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu be-
achten.

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3735 ¹⁾	Albumin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾
3736 ¹⁾	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3737 ¹⁾	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,88 ²⁾
3738 ¹⁾	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3739 ¹⁾	Alpha1-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3740 ¹⁾	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3741 ¹⁾	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3742 ¹⁾	Ferritin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3743 ¹⁾	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3744 ¹⁾	Fibronectin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3745 ¹⁾	Beta ₂ -Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3746 ¹⁾	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3747 ¹⁾	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3748 ¹⁾	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3749 ¹⁾	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	11,66	13,41	15,16	15,53	10,49 ²⁾
3750 ¹⁾	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,88 ²⁾
3751 ¹⁾	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3752 ¹⁾	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3753 ¹⁾	Alpha ₂ -Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3754 ¹⁾	Mikroglobuline (Alpha ₁ , Beta ₂), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3755 ¹⁾	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3756 ¹⁾	Myoglobin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3758 ¹⁾	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3759 ¹⁾	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3760 ¹⁾	Protein im Urin, photometrisch	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3761 ¹⁾	Proteinelektrophorese im Urin	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3762 ¹⁾	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3763 ¹⁾	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
3764 ¹⁾	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3765 ¹⁾	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3766.H4 ¹⁾	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3767 ¹⁾	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3768 ¹⁾	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

3774 ¹⁾	Ammoniak (NH ₄)	220	12,82	14,74	16,67	14,87	11,54 ²⁾
3775 ¹⁾	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3776 ¹⁾	Citrat, photometrisch	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3777 ¹⁾	Gallensäuren, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3778 ¹⁾	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3779 ¹⁾	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
3780 ¹⁾	Kreatin	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3781 ¹⁾	Laktat, photometrisch	220	12,82	14,74	16,67	14,87	11,54 ²⁾
3782 ¹⁾	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3783 ¹⁾	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
3784 ¹⁾	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾
3785 ¹⁾	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3786 ¹⁾	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	220	12,82	14,74	16,67	14,87	11,54 ²⁾
3787 ¹⁾	Chymotrypsin (Stuhl)	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3788 ¹⁾	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve –	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3789 ¹⁾	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3790 ¹⁾	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3791 ¹⁾	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
3792 ¹⁾	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3793 ¹⁾	Lysozym	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3794 ¹⁾	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3795 ¹⁾	Tartrathemmbar saure Phosphatase (PSP)	110	6,41	7,37	8,33	7,44	5,77 ²⁾
3796 ¹⁾	Trypsin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,44 ²⁾

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

290 16,90 19,44 21,97 19,60 15,21²⁾

Katalog

Antikörper gegen

3805.H2¹⁾ Basalmembran (GBM)

3806.H2¹⁾ Centromerregion

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3807.H2 ¹⁾	Endomysium						
3808.H2 ¹⁾	Extrahierbare, nukleäre Anti- gene (ENA)						
3809.H2 ¹⁾	Glatte Muskulatur (SMA)						
3811.H2 ¹⁾	Haut (AHA, BMA und ICS)						
3812.H2 ¹⁾	Herzmuskulatur (HMA)						
3813.H2 ¹⁾	Kerne (ANA)						
3814.H2 ¹⁾	Kollagen						
3815.H2 ¹⁾	Langerhans-Inseln (ICA)						
3816.H2 ¹⁾	Mikrosomen (Thyroperoxid- ase)						
3817.H2 ¹⁾	Mikrosomen (Leber, Niere)						
3818.H2 ¹⁾	Mitochondrien (AMA)						
3819.H2 ¹⁾	nDNA						
3820.H2 ¹⁾	Nebenniere						
3821.H2 ¹⁾	Parietalzellen (PCA)						
3822.H2 ¹⁾	Skelettmuskulatur (SkMA)						
3823.H2 ¹⁾	Speicheldrangepithel						
3824.H2 ¹⁾	Spermien						
3825.H2 ¹⁾	Thyreoglobulin						
3826.H2 ¹⁾	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)						
3827.H2 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnli- chem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzuge- ben.</i>						
	Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersu- chung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,65	34,49	26,76 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
3832 ¹⁾	Basalmembran (GBM)						
3833 ¹⁾	Centromerregion						
3834 ¹⁾	Endomysium						
3835 ¹⁾	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)						
3836 ¹⁾	Glatte Muskulatur (SMA)						
3838 ¹⁾	Haut (AHA, BMA und ICS)						
3839 ¹⁾	Herzmuskulatur (HMA)						
3840 ¹⁾	Kerne (ANA)						
3841 ¹⁾	Kollagen						
3842 ¹⁾	Langerhans-Inseln (ICA)						
3843 ¹⁾	Mikrosomen (Thyropoxidase)						
3844 ¹⁾	Mikrosomen (Leber, Niere)						
3845 ¹⁾	Mitochondrien (AMA)						
3846 ¹⁾	nDNA						
3847 ¹⁾	Parietalzellen (PCA)						
3848 ¹⁾	Skelettmuskulatur (SkMA)						
3849 ¹⁾	Speichelgangepithel						
3850 ¹⁾	Spermien						
3852 ¹⁾	Thyreoglobulin						
3853 ¹⁾	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)						
3854 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
3857 ¹⁾	dDNS						
3858 ¹⁾	Histone						
3859 ¹⁾	Ribonukleoprotein (RNP)						
3860 ¹⁾	Sm-Antigen						
3861 ¹⁾	SS-A-Antigen						
3862 ¹⁾	SS-B-Antigen						
3863 ¹⁾	Scl-70-Antigen						
3864 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Untersuchung auf Antikörper mittels Lig- andenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

*Katalog**Antikörper gegen*

- 3868¹⁾ Azetylcholinrezeptoren
- 3869¹⁾ Cardiolipin (IgG- oder IgM-Frak-
tion), je Fraktion
- 3870¹⁾ Interferon alpha
- 3871¹⁾ Mikrosomen (Thyroperoxydase)
- 3872¹⁾ Mitochondriale Subformen (AMA-
Subformen)
- 3873¹⁾ Myeloperoxydase (P-ANCA)
- 3874¹⁾ Proteinase 3 (C-ANCA)
- 3875¹⁾ Spermien
- 3876¹⁾ Thyreoglobulin
- 3877¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem
methodischem Aufwand
- Die untersuchten Parameter sind
in der Rechnung anzugeben.*

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3879 ¹⁾	Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	550	32,06	36,87	41,68	37,19	28,85 ²⁾
3881 ¹⁾	Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
3884 ¹⁾	Fc von IgM (Rheumafaktor)						
3885 ¹⁾	Thyreoglobulin (Boydentest)						
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
3886 ¹⁾	Fc von IgM (Rheumafaktor)						
3889 ¹⁾	Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾

9. Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

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

3890 ¹⁾	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Mischallergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
--------------------	--	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3891 ¹⁾	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3892 ¹⁾	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3893 ¹⁾	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
3894 ¹⁾	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt	900	52,46	60,33	68,20	60,85	47,21 ²⁾
3895 ¹⁾	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Fraktion	1100	64,12	73,74	83,36	74,38	57,71 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3896 ¹⁾	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
3897 ¹⁾	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,65	34,49	26,76 ²⁾
3898 ¹⁾	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

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

3900.H3 ¹⁾	Ca 125, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3901.H3 ¹⁾	Ca 15-3, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3902.H3 ¹⁾	Ca 19-9, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3903.H3 ¹⁾	Ca 50, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3904.H3 ¹⁾	Ca 72-4, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3905.H3 ¹⁾	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3906.H3 ¹⁾	Cyfra 21-1, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3907.H3 ¹⁾	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3908.H3 ¹⁾	H3Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3909.H3 ¹⁾	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3910.H3 ¹⁾	H3Thymidinkinase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3911.H3 ¹⁾	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920 ¹⁾	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	900	52,46	60,33	68,20	60,85	47,21 ²⁾
3921 ¹⁾	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3922 ¹⁾	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
3923 ¹⁾	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	67,03	75,78	67,62	52,46 ²⁾
3924 ¹⁾	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3925 ¹⁾	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	34,97	40,22	45,46	40,57	31,47 ²⁾
3926 ¹⁾	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	116,57	134,06	151,54	135,22	104,91 ²⁾

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

3930 ¹⁾	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41	7,37	8,33	7,44	5,77 ²⁾
3931 ¹⁾	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3932 ¹⁾	Blutungszeit	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3933 ¹⁾	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
3934 ¹⁾	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3935 ¹⁾	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3936 ¹⁾	Fibrinogenspaltprodukte, quanti- tativ	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3937 ¹⁾	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3938 ¹⁾	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾
3939 ¹⁾	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	26,81	30,83	34,85	31,10	24,13 ²⁾
3940 ¹⁾	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	41,97	48,27	54,56	48,69	37,77 ²⁾
3941 ¹⁾	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Im- mundiffusion oder ähnliche Un- tersuchungsmethoden	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3942 ¹⁾	Gerinnungsfaktor XIII, Untersu- chung mittels Monochloressigsäu- re oder ähnliche Untersuchungs- methoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3943 ¹⁾	Gerinnungsfaktor XIII, Immun- diffusion oder ähnliche Untersu- chungsmethoden	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
3944 ¹⁾	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3945 ¹⁾	Heparin, chromogenes Substrat	140	8,16	9,38	10,61	9,47	7,34 ²⁾
3946 ¹⁾	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3947 ¹⁾	Plasmatauschversuch	460	26,81	30,83	34,85	31,10	24,13 ²⁾
3948 ¹⁾	Plasminogen, chromogenes Sub- strat	140	8,16	9,38	10,61	9,47	7,34 ²⁾
3949 ¹⁾	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
3950 ¹⁾	Plättchenfaktor (3, 4), Liganden- assay – einschließlich Doppelbe- stimmung und aktueller Bezugs- kurve –, je Faktor	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
3951 ¹⁾	Protein C-Aktivität	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3952 ¹⁾	Protein C-Konzentration, Ligan- denassay – einschließlich Doppel- bestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3953 ¹⁾	Protein S-Aktivität	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3954 ¹⁾	Protein S-Konzentration, Ligan- denassay – einschließlich Doppel- bestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
3955 ¹⁾	Reptilasezeit	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
3956 ¹⁾	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3957 ¹⁾	Thrombelastogramm oder Reso- nanzthrombogramm	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3958 ¹⁾	Thrombin-Antithrombin-Kom- plex (TAT-Komplex), Ligan- denassay – einschließlich Doppel- bestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
3959 ¹⁾	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
3960 ¹⁾	Thromboplastinzeit (Prothrom- binzeit, TPZ, Quickwert), Dop- pelbestimmung	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3961 ¹⁾	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	52,46	60,33	68,20	60,85	47,21 ²⁾
3962 ¹⁾	Thrombozytenausbreitung, mikro- skopisch	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3963 ¹⁾	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
3964 ¹⁾	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾
3965 ¹⁾	C1-Esteraseinhibitor-Konzentra- tion, Immundiffusion oder ähnli- che Untersuchungsmethoden	260	15,15	17,42	19,70	17,57	13,64 ²⁾
3966 ¹⁾	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97	40,22	45,46	40,57	31,47 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3967 ¹⁾	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
	Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
<i>Katalog</i>							
3968 ¹⁾	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis						
3969 ¹⁾	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden						
3970 ¹⁾	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis						
3971 ¹⁾	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden						

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

3980 ¹⁾	ABO-Merkmale	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
3981 ¹⁾	ABO-Merkmale und Isoagglutinine	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
3982 ¹⁾	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
3983 ¹⁾	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale							

Katalog

3984 ¹⁾	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
3985 ¹⁾	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. C ^w , Kell, D ^u , Duffy), je Merkmal	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3986 ¹⁾	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i>						
3987 ¹⁾	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	140	8,16	9,38	10,61	9,47	7,34 ²⁾
3988 ¹⁾	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
3989 ¹⁾	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
3990 ¹⁾	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	70	4,08	4,69	5,30	4,73	3,67 ²⁾
3991 ¹⁾	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3992 ¹⁾	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
3993 ¹⁾	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach Nummer 3989 oder 3992	400	23,31	26,81	30,30	27,04	20,98 ²⁾
3994 ¹⁾	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	8,16	9,38	10,61	9,47	7,34 ²⁾
3995 ¹⁾	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾
3996 ¹⁾	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	34,97	40,22	45,46	40,57	31,47 ²⁾
3997 ¹⁾	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
3998 ¹⁾	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
3999 ¹⁾	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung <i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾
4000 ¹⁾	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
4001 ¹⁾	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System <i>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedsidetest) nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
4002 ¹⁾	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
4003 ¹⁾	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	23,31	26,81	30,30	27,04	20,98 ²⁾
4004 ¹⁾	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozyto-toxizitätstest nach Isolierung der Zellen	750	43,72	50,28	56,84	50,72	39,35 ²⁾
4005 ¹⁾	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	174,86	201,09	227,32	202,84	157,37 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4006 ¹⁾	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
4007 ¹⁾	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	209,83	241,30	272,78	243,40	188,85 ²⁾
4008 ¹⁾	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72	167,58	189,44	169,04	131,15 ²⁾
4009 ¹⁾	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38	180,99	204,59	182,56	141,64 ²⁾
4010 ¹⁾	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63	53,62	60,62	54,09	41,97 ²⁾
4011 ¹⁾	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26	107,25	121,24	108,18	83,93 ²⁾
4012 ¹⁾	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	43,72	50,28	56,84	50,72	39,35 ²⁾
4013 ¹⁾	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender – einschließlich Kontrollen –	4600	268,12	308,34	348,56	311,02	241,31 ²⁾
4014 ¹⁾	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	2300	134,06	154,17	174,28	155,51	120,65 ²⁾

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –

250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
4020 ¹⁾	Cortisol						
4021 ¹⁾	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)						
4022.H4 ¹⁾	Freies Trijodthyronin (fT3)						
4023.H4 ¹⁾	Freies Thyroxin (fT4)						
4024 ¹⁾	Humanes Choriongonadotropin (HCG)						
4025 ¹⁾	Insulin						
4026 ¹⁾	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)						
4027 ¹⁾	Östriol						
4028 ¹⁾	Plazentalaktogen (HPL)						
4029.H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)						
4030 ¹⁾	Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)						
4031.H4 ¹⁾	Thyroxin						
4032.H4 ¹⁾	Trijodthyronin						
4033 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾
<i>Katalog</i>							
4035 ¹⁾	17-Alpha-Hydroxyprogesteron						
4036 ¹⁾	Androstendion						
4037 ¹⁾	Dehydroepiandrosteron (DHEA)						
4038 ¹⁾	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.
2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4039 ¹⁾	Östradiol						
4040 ¹⁾	Progesteron						
4041 ¹⁾	Prolaktin						
4042 ¹⁾	Testosteron						
4044 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4045 ¹⁾	Aldosteron						
4046 ¹⁾	C-Peptid						
4047 ¹⁾	Calcitonin						
4048 ¹⁾	cAMP						
4049 ¹⁾	Corticotropin (ACTH)						
4050 ¹⁾	Erythropoetin						
4051 ¹⁾	Gastrin						
4052 ¹⁾	Glukagon						
4053 ¹⁾	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität						
4054 ¹⁾	Osteocalcin						
4055 ¹⁾	Oxytocin						
4056 ¹⁾	Parathormon						
4057 ¹⁾	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten						
4058 ¹⁾	Reninkonzentration						
4060 ¹⁾	Somatomedin						
4061 ¹⁾	Vasopressin (Aldiuretin, ADH)						
4062 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	750	43,72	50,28	56,84	50,72	39,35 ²⁾
<i>Katalog</i>							
4064 ¹⁾	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)						
4065 ¹⁾	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)						
4066 ¹⁾	Pankreatisches Polypeptid (PP)						
4067 ¹⁾	Parathyroid hormone related peptide						
4068 ¹⁾	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)						
4069 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
4070 ¹⁾	Thyreoglobulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper –	900	52,46	60,33	68,20	60,85	47,21 ²⁾
	Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
<i>Katalog</i>							
4071 ¹⁾	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)						
4072 ¹⁾	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin						
4073 ¹⁾	Homovanillinsäure im Urin (HVA)						
4074 ¹⁾	Metanephrine						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4075 ¹⁾	Serotonin						
4076 ¹⁾	Steroidprofil						
4077 ¹⁾	Vanillinmandelsäure (VMA)						
4078 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4079 ¹⁾	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatogra- phie-Massenspektrometrie	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾
4080 ¹⁾	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visu- ell, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4081 ¹⁾	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4082 ¹⁾	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwanger- schaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligande- nassay – gegebenenfalls einschließ- lich Doppelbestimmung und aktu- eller Bezugskurve –	140	8,16	9,38	10,61	9,47	7,34 ²⁾
4083 ¹⁾	Luteotropin (LH) im Urin, Agglu- tination, im Rahmen einer In-vi- troFertilisation, je Bestimmung	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
4084 ¹⁾	Gesamt-Östrogene im Urin, pho- tometrisch	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
4085 ¹⁾	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromato- graphie, semiquantitativ	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4086 ¹⁾	Östrogenrezeptoren – einschließ- lich Aufbereitung –	1200	69,94	80,43	90,92	81,13	62,95 ²⁾
4087 ¹⁾	Progesteronrezeptoren – ein- schließlich Aufbereitung –	1200	69,94	80,43	90,92	81,13	62,95 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4088 ¹⁾	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) – einschließlich Aufbereitung –	1200	69,94	80,43	90,92	81,13	62,95 ²⁾
4089 ¹⁾	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

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 ¹⁾	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4091 ¹⁾	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4092 ¹⁾	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	1140	66,45	76,42	86,39	77,08	59,81 ²⁾
4093 ¹⁾	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	58,29	67,03	75,78	67,62	52,46 ²⁾
4094 ¹⁾	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	127,65	146,80	165,95	148,07	114,89 ²⁾
4095 ¹⁾	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
4096 ¹⁾	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4097 ¹⁾	Dexamethasonhemmtest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4098 ¹⁾	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4099 ¹⁾	Dexamethasonhemmttest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4100 ¹⁾	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von Hcl)	280	16,32	18,77	21,22	18,93	14,69 ²⁾
4101 ¹⁾	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	223,82	257,39	290,97	259,63	201,44 ²⁾
4102 ¹⁾	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	122,40	140,76	159,12	141,98	110,16 ²⁾
4103 ¹⁾	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	40,80	46,92	53,04	47,33	36,72 ²⁾
4104 ¹⁾	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	55,96	64,35	72,75	64,91	50,36 ²⁾
4105 ¹⁾	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4106 ¹⁾	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	223,82	257,39	290,97	259,63	201,44 ²⁾
4107 ¹⁾	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	52,46	60,30	68,20	60,85	47,21 ²⁾
4108 ¹⁾	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾
4109 ¹⁾	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	58,29	67,03	75,78	67,62	52,46 ²⁾
4110 ¹⁾	MEGX-Test (Monoethylglycinxyloid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4111 ¹⁾	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	700	40,80	46,92	53,04	47,33	36,72 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4112 ¹⁾	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	167,87	193,05	218,23	194,73	151,08 ²⁾
4113 ¹⁾	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	111,91	128,70	145,48	129,82	100,72 ²⁾
4114 ¹⁾	Renin-AldosteronSuppressions-test (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	111,91	128,70	145,48	129,82	100,72 ²⁾
4115 ¹⁾	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	111,91	128,70	145,48	129,82	100,72 ²⁾
4116 ¹⁾	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	62,95	72,39	81,84	73,02	56,66 ²⁾
4117 ¹⁾	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4118 ¹⁾	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	41,97	48,27	54,56	48,69	37,77 ²⁾

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120 ¹⁾	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
4121 ¹⁾	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4122 ¹⁾	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4123 ¹⁾	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
4124 ¹⁾	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
4125 ¹⁾	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4126 ¹⁾	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	26,81	30,83	34,85	31,10	24,13 ²⁾
17. Spurenelemente, Vitamine							
4130 ¹⁾	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4131 ¹⁾	Kupfer im Serum oder Plasma	40	2,33	2,68	3,03	2,70	2,10 ²⁾
4132 ¹⁾	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
4133 ¹⁾	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
4134 ¹⁾	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
4135 ¹⁾	Zink, Atomabsorption	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
4138 ¹⁾	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
4139 ¹⁾	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH) ₂ D ₃ , Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	750	43,72	50,28	56,84	50,72	39,35 ²⁾
4140 ¹⁾	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4141 ¹⁾	Vitamin A						
4142 ¹⁾	Vitamin E						
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4144 ¹⁾	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4145 ¹⁾	Vitamin B1						
4146 ¹⁾	Vitamin B6						
4147 ¹⁾	Vitamin K						

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

Untersuchung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –

250 14,57 16,76 18,94 16,96 13,11²⁾

Katalog

- 4150¹⁾ Amikacin
- 4151¹⁾ Amphetamin
- 4152¹⁾ Azetaminophen
- 4153¹⁾ Barbiturate
- 4154¹⁾ Benzodiazepine
- 4155¹⁾ Cannabinoide
- 4156¹⁾ Carbamazepin
- 4157¹⁾ Chinidin
- 4158¹⁾ Cocainmetabolite
- 4160¹⁾ Desipramin
- 4161¹⁾ Digitoxin
- 4162¹⁾ Digoxin
- 4163¹⁾ Disopyramid
- 4164¹⁾ Ethosuximid
- 4165¹⁾ Flecainid
- 4166¹⁾ Gentamicin
- 4167¹⁾ Lidocain
- 4168¹⁾ Methadon
- 4169¹⁾ Methotrexat
- 4170¹⁾ N-Azetylprocainamid
- 4171¹⁾ Netilmicin
- 4172¹⁾ Opiate
- 4173¹⁾ Phenobarbital

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4174 ¹⁾	Phenytoin						
4175 ¹⁾	Primidon						
4176 ¹⁾	Propaphenon						
4177 ¹⁾	Salizylat						
4178 ¹⁾	Streptomycin						
4179 ¹⁾	Theophyllin						
4180 ¹⁾	Tobramicin						
4181 ¹⁾	Valproinsäure						
4182 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4185 ¹⁾	Cyclosporin (mono- oder poly- spezifisch), Ligandenassay – gege- benenfalls einschließlich Doppel- bestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
	Untersuchung mittels Ligandenassay – einschließlich vorhergehender Säulentren- nung, gegebenenfalls einschließlich Dop- pelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	700	40,80	46,92	53,04	47,33	36,72 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4186 ¹⁾	Amitriptylin						
4187 ¹⁾	Imipramin						
4188 ¹⁾	Nortriptylin						
	Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos	410	23,90	27,48	31,07	27,72	21,51 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4190 ¹⁾	Aluminium						
4191 ¹⁾	Arsen						
4192 ¹⁾	Blei						
4193 ¹⁾	Cadmium						
4194 ¹⁾	Chrom						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4195 ¹⁾	Gold						
4196 ¹⁾	Quecksilber						
4197 ¹⁾	Thallium						
4198 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Untersuchung	360	20,98	24,13	27,28	24,34	18,88 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4199 ¹⁾	Amiodarone						
4200 ¹⁾	Antiepileptika (Ethosuximid und/ oder Phenobarbital und/oder Phe- nytoin und/oder Primidon)						
4201 ¹⁾	Chinidin						
4202 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Untersuchung	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4203 ¹⁾	Antibiotika						
4204 ¹⁾	Antimykotika						
	Untersuchung mittels Gaschromatogra- phie, je Untersuchung	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4206 ¹⁾	Valproinsäure						
4207 ¹⁾	Ethanol						
4208 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4209 ¹⁾	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	480	27,98	32,18	36,37	32,46	25,18 ²⁾
4210 ¹⁾	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	900	52,46	60,33	68,20	60,85	47,21 ²⁾
4211 ¹⁾	Ethanol, photometrisch	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾
4212 ¹⁾	Exogene Gifte, dünn-schichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4213 ¹⁾	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	360	20,98	24,13	27,27	24,34	18,88 ²⁾
4214 ¹⁾	Lithium	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
----	------	------	------	------	--------------------

Katalog

Antikörper gegen

4220¹⁾ *Borrelia burgdorferi*

4221¹⁾ Brucellen

4222¹⁾ *Campylobacter*

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4223 ¹⁾	Francisellen						
4224 ¹⁾	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ						
4225 ¹⁾	Leptospiren						
4226 ¹⁾	Listerien, je Typ						
4227 ¹⁾	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)						
4228 ¹⁾	Salmonellen-H-Antigene						
4229 ¹⁾	Salmonellen-O-Antigene						
4230 ¹⁾	Staphylolysin						
4231 ¹⁾	Streptolysin						
4232 ¹⁾	Treponema pallidum (TPHA, Car- diolipinmikroflokkungstest, VDRLTest)						
4233 ¹⁾	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ						
4234 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Quantitative Bestimmung von Antikör- pern mittels Agglutinations- oder Fällungs- reaktion (z. B. Hämagglutination, Hämag- glutinationshemmung, Latex-Agglutina- tion)	230	13,41	15,42	17,43	15,56	12,07 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4235 ¹⁾	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)						
4236 ¹⁾	Borrelia burgdorferi						
4237 ¹⁾	Brucellen						
4238 ¹⁾	Campylobacter						
4239 ¹⁾	Francisellen						
4240 ¹⁾	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ						
4241 ¹⁾	Leptospiren						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4242 ¹⁾	Listerien, je Typ						
4243 ¹⁾	Rickettsien						
4244 ¹⁾	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen						
4245 ¹⁾	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen						
4246 ¹⁾	Staphylolysin						
4247 ¹⁾	Streptolysin						
4248 ¹⁾	Treponema pallidum (TPHA, Car- diolipinmikroflokkungstest, VDRL-Test)						
4249 ¹⁾	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ						
4250 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4251 ¹⁾	Bordetella pertussis						
4252 ¹⁾	Borrelia burgdorferi						
4253 ¹⁾	Chlamydia trachomatis						
4254 ¹⁾	Coxiella burneti						
4255 ¹⁾	Legionella pneumophila						
4256 ¹⁾	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)						
4257 ¹⁾	Mycoplasma pneumoniae						
4258 ¹⁾	Rickettsien						
4259 ¹⁾	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)						
4260 ¹⁾	Treponema pallidum (IgM) (IgM- FTA-ABS-Test)						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4261 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Quantitative Bestimmung von Antikör- pern mittels Immunfluoreszenz oder ähn- licher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,65	34,49	26,76 ²⁾
	<i>Katalog</i> <i>Antikörper gegen</i>						
4263 ¹⁾	Bordetella pertussis						
4264 ¹⁾	Borrelia burgdorferi						
4265 ¹⁾	Chlamydia trachomatis						
4266 ¹⁾	Coxiella burneti						
4267 ¹⁾	Legionella pneumophila						
4268 ¹⁾	Mycoplasma pneumoniae						
4269 ¹⁾	Rickettsien						
4270 ¹⁾	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)						
4271 ¹⁾	Treponema pallidum (IgM) (Ig- MFTA-ABS-Test)						
4272 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Quantitative Bestimmung von Antikör- pern mittels Immunfluoreszenz oder ähn- licher Untersuchungsmethoden	800	46,63	53,62	60,62	54,09	41,97 ²⁾
	<i>Katalog</i> <i>Antikörper gegen</i>						
4273 ¹⁾	Treponema pallidum (IgM) (19S- IgM-FTA-ABS-Test)						
	Quantitative Bestimmung von Antikör- pern mittels Komplementbindungsreak- tion (KBR)	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4275 ¹⁾	Campylobacter						
4276 ¹⁾	Chlamydia psittaci (Ornithose- gruppe)						
4277 ¹⁾	Chlamydia trachomatis						
4278 ¹⁾	Coxiella burneti						
4279 ¹⁾	Gonokokken						
4280 ¹⁾	Leptospiren						
4281 ¹⁾	Listerien						
4282 ¹⁾	Mycoplasma pneumoniae						
4283 ¹⁾	Treponema pallidum (Cardiolipin- reaktion)						
4284 ¹⁾	Yersinien						
4285 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
Bestimmung von Antikörpern mittels Lig- andenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –							
		350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾

*Katalog**Antikörper gegen*

- 4286¹⁾ Borrelia burgdorferi
4287¹⁾ Campylobacter
4288¹⁾ Coxiella burneti
4289¹⁾ Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)
4290¹⁾ Mycoplasma pneumoniae
4291¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem
methodischem Aufwand

*Die untersuchten Parameter sind
in der Rechnung anzugeben.*

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden							
<i>Katalog</i>							
4293 ¹⁾	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
4294 ¹⁾	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41	15,42	17,43	15,56	12,07 ²⁾
4295 ¹⁾	StreptokokkenDesoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49	12,06	13,64	12,17	9,44 ²⁾
4296 ¹⁾	StreptokokkenDesoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4297 ¹⁾	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

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

90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
----	------	------	------	------	--------------------

Katalog

Antikörper gegen

- 4300¹⁾ Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test)
- 4301¹⁾ Röteln-Virus
- 4302¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99	16,09	18,19	16,23	12,59 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4305 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test)						
4306 ¹⁾	Röteln-Virus						
4307 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4310 ¹⁾	Adenoviren						
4311 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)						
4312 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)						
4313 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)						
4314 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus						
4315 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted						
4316 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)						
4317 ¹⁾	FSME-Virus						
4318 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)						
4319 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)						
4320 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4321 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)						
4322 ¹⁾	HIV 1						
4323 ¹⁾	HIV 2						
4324 ¹⁾	Influenza A-Virus						
4325 ¹⁾	Influenza B-Virus						
4327 ¹⁾	Masern-Virus						
4328 ¹⁾	Mumps-Virus						
4329 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 1						
4330 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 2						
4331 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 3						
4332 ¹⁾	Respiratory syncytial virus						
4333 ¹⁾	Tollwut-Virus						
4334 ¹⁾	Varizella-Zoster-Virus						
4335 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,65	34,49	26,76 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4337 ¹⁾	Adenoviren						
4338 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)						
4339 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)						
4340 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)						
4341 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus						
4342 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted						
4343 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)						
4344 ¹⁾	FSME-Virus						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4345 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)						
4346 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)						
4347 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)						
4348 ¹⁾	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)						
4349 ¹⁾	HIV 1						
4350 ¹⁾	HIV 2						
4351 ¹⁾	Influenza A-Virus						
4352 ¹⁾	Influenza B-Virus						
4353 ¹⁾	Lymphozytäres Choriomeningi- tis-Virus						
4354 ¹⁾	Masern-Virus						
4355 ¹⁾	Mumps-Virus						
4356 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 1						
4357 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 2						
4358 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 3						
4359 ¹⁾	Respiratory syncytial virus						
4360 ¹⁾	Röteln-Virus						
4361 ¹⁾	Tollwut-Virus						
4362 ¹⁾	Varizella-Zoster-Virus						
4363 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Quantitative Bestimmung von Antikör- pern mittels Komplementbindungsreakti- on (KBR)	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4365 ¹⁾	Adenoviren						
4366 ¹⁾	Coronaviren						
4367 ¹⁾	Influenza A-Virus						
4368 ¹⁾	Influenza B-Virus						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4369 ¹⁾	Influenza C-Virus						
4370 ¹⁾	Lymphozytäres Choriomeningi- tis-Virus						
4371 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 1						
4371a ¹⁾	Parainfluenza-Virus 2						
4372 ¹⁾	Parainfluenza-Virus 3						
4373 ¹⁾	Polyomaviren						
4374 ¹⁾	Reoviren						
4375 ¹⁾	Respiratory syncytial virus						
4376 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls ein- schließlich Doppelbestimmung und aktu- eller Bezugskurve –	240	13,99	16,09	18,19	16,23	12,59 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4378 ¹⁾	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)						
4379 ¹⁾	FSME-Virus (IgG und IgM)						
4380 ¹⁾	HBe-Antigen (IgG und IgM)						
4381 ¹⁾	HBs-Antigen						
4382 ¹⁾	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)						
4383 ¹⁾	Hepatitis A-Virus (IgM)						
4384 ¹⁾	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)						
4385 ¹⁾	Masern-Virus (IgG und IgM)						
4386 ¹⁾	Mumps-Virus (IgG und IgM)						
4387 ¹⁾	Röteln-Virus (IgG und IgM)						
4388 ¹⁾	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4389 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Bestimmung von Antikörpern mittels Lig- andenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4390 ¹⁾	Cytomegalie-Virus (IgM)						
4391 ¹⁾	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)						
4392 ¹⁾	FSME-Virus (IgM)						
4393 ¹⁾	HBc-Antigen (IgG und IgM)						
4394 ¹⁾	Herpes simplex-Virus (IgM)						
4395 ¹⁾	HIV						
4396 ¹⁾	Masern-Virus (IgM)						
4397 ¹⁾	Mumps-Virus (IgM)						
4398 ¹⁾	Röteln-Virus (IgM)						
4399 ¹⁾	Varizella-Zoster-Virus (IgM)						
4400 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Bestimmung von Antikörpern mittels Lig- andenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve –	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4402 ¹⁾	HBc-Antigen (IgM)						
4403 ¹⁾	HBe-Antigen (IgM)						
4404 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve							
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4405 ¹⁾	Delta-Antigen	800	46,62	53,62	60,62	54,09	41,96 ²⁾
4406 ¹⁾	Hepatitis C-Virus	400	23,31	26,81	30,30	27,04	20,98 ²⁾
Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden							
800		46,63	53,62	60,62	54,09	41,97 ²⁾	
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4408 ¹⁾	Hepatitis C-Virus, Immunoblot						
4409 ¹⁾	HIV, Immunoblot						

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

Katalog

Antikörper gegen

4415¹⁾ Candida albicans

4416¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

*Die untersuchten Parameter sind
in der Rechnung anzugeben.*

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,65	34,49	26,76 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4418 ¹⁾	Candida albicans						
4419 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4421 ¹⁾	Aspergillus						
4422 ¹⁾	Candida albicans						
4423 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99	16,09	18,19	16,23	12,59 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	<i>Antikörper gegen</i>						
4425 ¹⁾	Aspergillus						
4426 ¹⁾	Candida albicans						
4427 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
22. Antikörper gegen Parasitenantigene							
Allgemeine Bestimmung							
Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.							
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)							
		90	5,25	6,04	6,83	6,09	4,73 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4430 ¹⁾ Echinokokken							
4431 ¹⁾ Schistosomen							
4432 ¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand							
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)							
		240	13,99	16,09	18,19	16,23	12,59 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4435 ¹⁾ Echinokokken							
4436 ¹⁾ Schistosomen							
4437 ¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand							
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden							
		290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4440 ¹⁾	Entamoeba histolytica						
4441 ¹⁾	Leishmanien						
4442 ¹⁾	Plasmodien						
4443 ¹⁾	Pneumocystis carinii						
4444 ¹⁾	Schistosomen						
4445 ¹⁾	Toxoplasma gondii						
4446 ¹⁾	Trypanosoma cruzi						
4447 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73	34,19	38,65	34,49	26,76 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4448 ¹⁾	Entamoeba histolytica						
4449 ¹⁾	Leishmanien						
4450 ¹⁾	Pneumocystis carinii						
4451 ¹⁾	Plasmodien						
4452 ¹⁾	Schistosomen						
4453 ¹⁾	Toxoplasma gondii						
4454 ¹⁾	Trypanosoma cruzi						
4455 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4456 ¹⁾	Echinokokken						
4457 ¹⁾	Entamoeba histolytica						
4458 ¹⁾	Leishmanien						
4459 ¹⁾	Toxoplasma gondii						
4460 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	230	13,41	15,42	17,43	15,56	12,07 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4461 ¹⁾	Toxoplasma gondii						
4462 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾
<i>Katalog</i>							
<i>Antikörper gegen</i>							
4465 ¹⁾	Entamoeba histolytica						
4466 ¹⁾	Leishmanien						
4467 ¹⁾	Schistosomen						
4468 ¹⁾	Toxoplasma gondii						
4469 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

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

130 7,58 8,72 9,85 8,79 6,82²⁾

Katalog

4500¹⁾ Betahämolisierende Streptokokken Typ B

4501¹⁾ Hämophilus influenzae Kapseltyp b

4502¹⁾ Neisseria meningitidis Typen A und B

4503¹⁾ Streptococcus pneumoniae

4504¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

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

90 5,25 6,04 6,83 6,09 4,73²⁾

Katalog

4506¹⁾ Methylenblaufärbung

4508¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich aufwendigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	110	6,41	7,37	8,33	7,44	5,77 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4510	Giemsafärbung (Punktate)						
4511 ¹⁾	Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)						
4512 ¹⁾	Ziehl-Neelsen-Färbung						
4513 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen –, qualitativ, je Untersuchung	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,40 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4515 ¹⁾	Auraminfärbung						
4516 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4518 ¹⁾	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzymoder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4520 ¹⁾	Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B						
4521 ¹⁾	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme						
4522 ¹⁾	Legionellen						
4523 ¹⁾	Neisseria meningitidis						
4524 ¹⁾	Neisseria gonorrhoeae						
4525 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	b. Züchtung/Gewebekultur						
4530 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzucht-ung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium	80	4,66	5,36	6,06	5,41	4,19 ²⁾
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
4531 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzucht-ung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
4532 ³⁾	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzuchtug oder Weiterzuchtug in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ⁴⁾
4533 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzuchtug oder Weiterzuchtug in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium	250	14,57	16,76	18,94	19,90	13,11 ²⁾
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
4538 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzuchtug oder Weiterzuchtug auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
4539 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzuchtug oder Weiterzuchtug auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

3) Reduzierter Gebührenrahmen.

4) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
4540 ¹⁾	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	23,31	26,81	30,30	27,04	20,98 ²⁾
4541 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾
4542 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4543 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
c. Identifizierung/Typisierung							
4545 ¹⁾	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
4546 ¹⁾	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4547 ¹⁾	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4548 ¹⁾	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	9,33	10,73	12,13	10,82	8,40 ²⁾
4549 ¹⁾	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe – mindestens zwanzig Reaktionen –, je Keim	240	13,99	16,09	18,19	16,23	12,59 ²⁾
4550 ¹⁾	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	19,23	22,11	25,00	22,31	17,31 ²⁾
4551 ¹⁾	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
	Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4553 ¹⁾	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)						
4554 ¹⁾	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)						
4555 ¹⁾	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4556 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4560 ¹⁾	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4561 ¹⁾	Beta-hämolysierende Streptokokken						
4562 ¹⁾	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme						
4563 ¹⁾	Legionellen						
4564 ¹⁾	Neisseria meningitidis						
4565 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90	27,49	31,07	27,72	21,51 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4567 ¹⁾	Anaerobier						
4568 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4570 ¹⁾	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
4571 ¹⁾	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22	38,20	43,19	38,54	29,90 ²⁾
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4572 ¹⁾	Beta-hämolysierende Streptokokken						
4573 ¹⁾	Escherichia coli						
4574 ¹⁾	Salmonellen						
4575 ¹⁾	Shigellen						
4576 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4578 ¹⁾	Brucellen						
4579 ¹⁾	Pseudomonaden						
4580 ¹⁾	Staphylokokken						
4581 ¹⁾	Salmonellen						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4582 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4584 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzucht in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4585 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzucht in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	350	20,40	23,46	26,52	23,66	18,36 ²⁾

d. Toxinnachweis

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

250 14,57 16,76 18,94 16,90 13,11²⁾

Katalog

4590¹⁾ Clostridium difficile, tetani oder botulinum

4591¹⁾ Enteropathogene Escherichia coli-Stämme

4592¹⁾ Staphylococcus aureus

4593¹⁾ Vibrionen

4594¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
	4596 ¹⁾ Clostridium botulinum						
	4597 ¹⁾ Corynebacterium diphtheriae						
	4598 ¹⁾ Staphylokokkentoxin						
	4599 ¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	4601 ¹⁾ Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.</i>						
	<i>Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>						
	e. Keimzahl, Hemmstoffe						
	4605 ¹⁾ Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semiquantitativ, je Urinuntersuchung	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
	4606 ¹⁾ Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Platten-gußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4607 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50	4,03	4,55	4,06	3,15 ²⁾
f. Empfindlichkeitstestung							
4610 ¹⁾	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz <i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>	20	1,17	1,35	1,52	1,36	1,05 ²⁾
4611 ¹⁾	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75	2,01	2,28	2,03	1,58 ²⁾
4612 ¹⁾	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	2,91	3,35	3,78	3,38	2,62 ²⁾
4613 ¹⁾	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	4,37	5,03	5,68	5,07	3,93 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4614 ¹⁾	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/ oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a. Untersuchungen im Nativmaterial

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

60 3,50 4,03 4,55 4,06 3,15²⁾

Katalog

4630¹⁾ Rota-Viren

4631¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

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

80 4,66 5,36 6,06 5,41 4,19²⁾

Katalog

4633¹⁾ Herpes simplex Viren

4634¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4636 ¹⁾	Lichtmikroskopische immunologi- sche Untersuchung im Nativmate- rial zum Nachweis von Viren – ein- schließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je An- tiserum	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
4637 ¹⁾	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung Vi- ren im Nativmaterial, je Untersu- chung	3180	185,35	213,15	240,96	215,01	166,82 ²⁾
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radio- immunoassay) – gegebenenfalls ein- schließlich Doppelbestimmung und aktu- eller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4640 ¹⁾	Adeno-Viren						
4641 ¹⁾	Hepatitis A-Viren						
4642 ¹⁾	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)						
4643 ¹⁾	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)						
4644 ¹⁾	Influenza-Viren						
4645 ¹⁾	Parainfluenza-Viren						
4646 ¹⁾	Rota-Viren						
4647 ¹⁾	Respiratory syncytial virus						
4648 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	b. Züchtung						
4655 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Ge- webekultur oder Gewebesubkul- tur, je Ansatz	450	26,23	30,16	34,10	30,43	23,61 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
c. Identifizierung, Charakterisierung							
Allgemeine Bestimmungen							
Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nummer 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nummer 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nummern 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.							
4665 ¹⁾	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4666 ¹⁾	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4667 ¹⁾	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4668 ¹⁾	Identifizierung von VirusAntigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	330	19,23	22,11	25,00	22,31	17,31 ²⁾
4670 ¹⁾	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
4671 ¹⁾	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzuchtung, je Untersuchung	3180	185,35	213,15	240,96	215,01	166,82 ²⁾
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

*Katalog*4675¹⁾ Adeno-Viren

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4676 ¹⁾	Influenza-Viren						
4677 ¹⁾	Parainfluenza-Viren						
4678 ¹⁾	Rota-Viren						
4679 ¹⁾	Respiratory syncytial virus						
4680 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilz- antigenen mittels Agglutination, je Antise- rum	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,21 ²⁾	
<i>Katalog</i>							
4705 ¹⁾	Aspergillus						
4706 ¹⁾	Candida						
4707 ¹⁾	Kryptokokkus neoformans						
4708 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4710 ¹⁾	Lichtmikroskopische Untersu- chung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	4,66	5,36	6,06	5,41	4,19 ²⁾
4711 ¹⁾	Lichtmikroskopische Untersu- chung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kalilauge) oder aufwendige- rer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4712 ¹⁾	Lichtmikroskopische immunologi- sche Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial – ein- schließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je An- tiserum	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
4713 ¹⁾	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. En- zym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
b. Züchtung							
4715 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiter- züchtung auf einfachen Nährme- dien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium <i>Eine mehr als fünfmalige Berech- nung der Leistung nach Num- mer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	100	5,83	6,70	7,58	6,76	5,25 ²⁾
4716 ¹⁾	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüch- tung auf aufwendigeren Nährmedi- en (z. B. Antibiotika-, Wuchsstoff- zusatz), je Nährmedium <i>Eine mehr als fünfmalige Berech- nung der Leistung nach Num- mer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4717 ¹⁾	Züchtung von Pilzen auf Differen- zierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>							
c. Identifizierung/Charakterisierung							
4720 ¹⁾	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4721 ¹⁾	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4722 ¹⁾	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) –, je Untersuchung	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
4723 ¹⁾	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
4724 ¹⁾	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

d. Empfindlichkeitstestung

4727 ¹⁾	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
--------------------	--	-----	------	------	------	------	--------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4728 ¹⁾	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

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

120 6,99 8,04 9,09 8,11 6,29²⁾

Katalog

4740¹⁾ Amöben

4741¹⁾ Lamblien

4742¹⁾ *Sarcoptes scabiei* (Krätzmilbe)

4743¹⁾ Trichomonaden

4744¹⁾ Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier

4745¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

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

160 9,33 10,73 12,13 10,82 8,40²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
<i>Katalog</i>							
4747 ¹⁾	Amöben						
4748 ¹⁾	Lamblien						
4749 ¹⁾	Trichomonaden						
4750 ¹⁾	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier						
4751 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten – einschließlich aufwendigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
<i>Katalog</i>							
4753 ¹⁾	Giemsafärbung (Blutausstrich) (z. B. Malariaplasmodien)						
4754 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4756 ¹⁾	Lichtmikroskopische Untersu- chung zum Nachweis von Para- siten, ohne oder mit einfacher An- färbung (z. B. Lugol- oder Methy- lenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Pha- senkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin- Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	200	11,66	13,41	15,16	13,53	10,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4757 ¹⁾	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Ätherverfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
4758 ¹⁾	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90	19,44	21,97	19,60	15,21 ²⁾
4759 ¹⁾	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

b. Züchtung

	Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
--	--	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

*Katalog*4760¹⁾ Amöben4761¹⁾ Lamblien4762¹⁾ Trichomonaden4763¹⁾ Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand*Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*

c. Identifizierung

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzucht, je Untersuchung	120	6,99	8,04	9,09	8,11	6,29 ²⁾
	<i>Katalog</i>						
4765 ¹⁾	Trichomonaden						
4766 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
4768 ¹⁾	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

	Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	14,57	16,76	18,94	16,90	13,11 ²⁾
--	---	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

Katalog

4770 ¹⁾	Trypanosoma cruzi						
4771 ¹⁾	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand						
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>						

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

Allgemeine Bestimmung

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

4780 ¹⁾	Isolierung von Nukleinsäuren	900	52,46	60,33	68,20	60,85	47,21 ²⁾
--------------------	------------------------------	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4781 ¹⁾	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	8,74	10,05	11,36	10,14	7,87 ²⁾
4782 ¹⁾	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4783 ¹⁾	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	33,51	37,88	33,80	26,23 ²⁾
4784 ¹⁾	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	67,03	75,78	67,62	52,46 ²⁾
4785 ¹⁾	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	17,49	20,11	22,74	20,29	15,74 ²⁾
4786 ¹⁾	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	34,97	40,22	45,46	40,57	31,47 ²⁾
4787 ¹⁾	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	116,57	134,06	151,54	135,22	104,91 ²⁾

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	217	12,65	29,10	44,28	14,67	15,18
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	289	16,85	38,76	58,98	30,33	20,22

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 0,9fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	289	16,85	38,76	58,98	30,33	20,22
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	289	16,85	38,76	58,98	30,33	20,22
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	289	16,85	38,76	58,98	30,33	20,22
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)	350	20,40	46,92	71,40	36,72	24,48
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	250	14,57	33,51	51,00	26,23	17,48

II. Zytologie

4850 ¹⁾	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –	87	5,07	9,13	12,68	7,00	5,07 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.
2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4851 ¹⁾	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z. B. aus dem Genitale der Frau) – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –	130	7,58	13,64	18,95	10,46	7,58 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i>						
4852 ¹⁾	Zytologische Untersuchung von z. B. Punktaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –, je Untersuchungsmaterial	174	10,14	18,25	25,35	13,99	10,14 ²⁾
4860 ¹⁾	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) – einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung –, auch mehrere Präparate	160	9,33	16,79	23,33	12,88	9,33 ²⁾

III. Zytogenetik

4870 ¹⁾	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	273	15,91	28,64	39,78	21,96	15,91 ²⁾
--------------------	--	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4871 ¹⁾	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	289	16,85	30,33	42,13	23,25	16,85 ²⁾
4872 ¹⁾	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	1950	113,66	204,59	284,15	156,85	113,66 ²⁾
4873 ¹⁾	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	3030	176,61	317,90	441,53	243,72	176,61 ²⁾

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

I. Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nummer 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
5. Die nach dem Strahlenschutzgesetz und den auf dessen Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwel- lenwert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
6.	Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.						
7.	Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.						

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

Zähne

5000 ¹⁾	Zähne, je Projektion <i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>	50	2,91	5,24	7,28	4,02	2,91 ²⁾
--------------------	--	----	------	------	------	------	--------------------

5002 ¹⁾	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	14,57	26,23	36,43	20,11	14,57 ²⁾
--------------------	-----------------------------------	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

5004 ¹⁾	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
--------------------	------------------------------------	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

Finger oder Zehen

5010 ¹⁾	jeweils in zwei Ebenen	180	10,49	18,88	26,23	14,48	10,49 ²⁾
5011 ¹⁾	ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>	60	3,50	6,30	8,75	4,83	3,50 ²⁾

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

5020 ¹⁾	jeweils in zwei Ebenen	220	12,82	23,08	32,05	17,69	12,82 ²⁾
5021 ¹⁾	ergänzende Ebene(n)	80	4,66	8,39	11,65	6,43	4,66 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>						
	Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk						
5030 ¹⁾	jeweils in zwei Ebenen	360	20,98	37,76	52,45	28,95	20,98 ²⁾
5031 ¹⁾	ergänzende Ebene(n)	100	5,83	10,49	14,58	8,05	5,83 ²⁾
	<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>						
5035 ¹⁾	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	9,33	16,79	23,33	12,88	9,33 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>						
	<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>						
5037 ¹⁾	Bestimmung des Skeletalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung –	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5040 ¹⁾	Beckenübersicht	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5041 ¹⁾	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5050 ¹⁾	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	950	55,37	99,67	138,43	76,41	55,37 ²⁾
5060 ¹⁾	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
5070 ¹⁾	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Gelenk	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5090 ¹⁾	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5095 ¹⁾	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5098 ¹⁾	Nasennebenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen –	260	15,16	27,27	37,88	20,91	15,16 ²⁾
5100 ¹⁾	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5101 ¹⁾	ergänzende Ebene(n)	160	9,33	16,79	23,33	12,88	9,33 ²⁾
5105 ¹⁾	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5106 ¹⁾	ergänzende Ebene(n)	180	10,49	18,88	26,23	14,48	10,49 ²⁾
5110 ¹⁾	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
5111 ¹⁾	ergänzende Ebene(n)	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>						
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i>						
5115 ¹⁾	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5120 ¹⁾	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	15,15	27,27	37,88	20,91	15,15 ²⁾
5121 ¹⁾	ergänzende Ebene(n)	140	8,16	14,69	20,40	11,26	8,16 ²⁾
2. Hals- und Brustorgane							
5130 ¹⁾	Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen –	280	16,32	29,38	40,80	22,52	16,32 ²⁾
5135 ¹⁾	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	16,32	29,38	40,80	22,52	16,32 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>						
5137 ¹⁾	Brustorgane-Übersicht – gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) –, in mehreren Ebenen	450	26,23	47,21	65,58	36,20	26,23 ²⁾
5139 ¹⁾	Teil der Brustorgane	180	10,49	18,88	26,23	14,48	10,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i>						
5140 ¹⁾	Brustorgane, Übersicht im Mittel-format	100	5,83	10,49	14,58	8,05	5,83 ²⁾
3. Bauch- und Verdauungsorgane							
5150 ¹⁾	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich Ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	550	32,06	57,71	80,15	44,24	32,06 ²⁾
5157 ¹⁾	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	40,80	73,44	102,00	56,30	40,80 ²⁾
5158 ¹⁾	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung – einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 –	1200	69,95	125,89	174,85	96,52	69,95 ²⁾
5159 ¹⁾	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5163 ¹⁾	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1300	75,77	136,39	189,43	104,56	75,77 ²⁾
5165 ¹⁾	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	40,80	73,44	102,00	56,30	40,80 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5166 ¹⁾	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1400	81,60	146,88	204,00	112,61	81,60 ²⁾
5167 ¹⁾	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane – einschließlich Durchleuchtung(en)	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5168 ¹⁾	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	800	46,63	83,93	116,58	64,36	46,63 ²⁾
5169 ¹⁾	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre –	1100	64,12	115,42	160,30	88,49	64,12 ²⁾
5170 ¹⁾	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	23,31	41,97	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5190 ¹⁾	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>						
5191 ¹⁾	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
5192 ¹⁾	Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen –	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5200 ¹⁾	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels –	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾
5201 ¹⁾	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5220 ¹⁾	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Seite	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5230 ¹⁾	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5235	Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
5250 ¹⁾	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾

4. Spezialuntersuchungen

5260 ¹⁾	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) – <i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5265 ¹⁾	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	17,49	31,48	43,73	24,17	17,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>						
5266 ¹⁾	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	26,23	47,21	65,58	36,20	26,23 ²⁾
5267 ¹⁾	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	8,74	15,73	21,85	12,06	8,74 ²⁾
5280 ¹⁾	Myelographie	750	43,72	78,70	109,30	60,33	43,72 ²⁾
5285 ¹⁾	Bronchographie – einschließlich Durchleuchtung(en) –	450	26,23	47,21	65,58	36,20	26,23 ²⁾
5290 ¹⁾	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion –	650	37,89	68,20	94,73	52,29	37,89 ²⁾
5295 ¹⁾	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung –	240	13,99	25,18	34,98	19,31	13,99 ²⁾
5298 ¹⁾	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)						
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>						

5. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

5300 ¹⁾	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
--------------------	--	------	--------	--------	--------	--------	----------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5301 ¹⁾	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5302 ¹⁾	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾
5303 ¹⁾	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5304 ¹⁾	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie <i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5305 ¹⁾	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5306 ¹⁾	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
5307 ¹⁾	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾
5308 ¹⁾	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern</i>	800	46,63	83,93	116,58	64,36	46,63 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						
5309 ¹⁾	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	1800	104,92	188,86	262,30	144,79	104,92 ²⁾
5310 ¹⁾	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾
5311 ¹⁾	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5312 ¹⁾	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	34,97	62,96	87,43	48,26	34,97 ²⁾
5313 ¹⁾	Angiographie der Becken- und Bein-gefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung	800	46,63	83,93	116,58	64,35	46,63 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>						
5315 ¹⁾	Angiokardiographie einer Herz- hälfte, eine Serie	2200	128,23	230,81	320,58	176,96	128,23 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>						
5316 ¹⁾	Angiokardiographie beider Herz- hälften, eine Serie	3000	174,86	314,75	437,15	241,31	174,86 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>						
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>						
5317 ¹⁾	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5318 ¹⁾	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>						
5324 ¹⁾	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	2400	139,89	251,80	349,73	193,05	139,89 ²⁾
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
5325 ¹⁾	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	174,86	314,75	437,16	241,31	174,86 ²⁾
5326 ¹⁾	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5327 ¹⁾	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5328 ¹⁾	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik <i>Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	1200	69,94	–	–	–	–
5329 ¹⁾	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	1600	93,26	167,87	233,15	128,70	93,26 ²⁾
5330 ¹⁾	Venographie einer Extremität	750	43,72	78,70	109,30	60,33	43,72 ²⁾
5331 ¹⁾	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5335 ¹⁾	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung <i>Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.</i>	800	46,63	–	–	–	–
5338 ¹⁾	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5339 ¹⁾	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 – einschließlich Durchleuchtung(en) –, insgesamt	250	14,57	26,23	36,43	20,11	14,57 ²⁾

6. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5345 ¹⁾	<p>Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien – einschließlich Kontrastmittelinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i></p>	2800	163,20	293,76	408,00	225,22	163,20 ²⁾
5346 ¹⁾	<p>Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p>	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5348 ¹⁾	<p>Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.</i></p>	3800	221,49	398,68	553,73	305,66	221,49 ²⁾
5349 ¹⁾	<p>Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt</p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i></p>	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5351 ¹⁾	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 – bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde –	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
5352 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5353 ¹⁾	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff – <i>Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
5354 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5355 ¹⁾	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>						
5356 ¹⁾	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500	145,72	262,30	364,30	201,09	145,72 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.</i>						
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i>						
5357 ¹⁾	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	3500	204,01	367,22	510,03	281,53	204,01 ²⁾
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5358 ¹⁾	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet <i>Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i>	4500	262,29	472,12	655,73	361,96	262,29 ²⁾
5359 ¹⁾	Embolisation der Vena spermatica – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff – <i>Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	2500	145,72	262,30	364,30	201,09	145,72 ²⁾
5360 ¹⁾	Embolisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff – <i>Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
5361 ¹⁾	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2600	151,55	272,79	378,88	209,14	151,55 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

5369 ¹⁾	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	3000	174,86	314,75	437,16	241,31	174,86 ²⁾
5370 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs –	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
5371 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	2300	134,06	241,31	335,15	185,00	134,06 ²⁾
5372 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	151,55	272,79	378,88	209,14	151,55 ²⁾
5373 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	110,75	199,35	276,88	152,84	110,75 ²⁾
5374 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen –	1900	110,75	199,35	276,88	152,84	110,75 ²⁾
5375 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>						
5376 ¹⁾	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 –	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
5377 ¹⁾	Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion – <i>Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	800	46,63	–	–	–	–
5378 ¹⁾	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen <i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5380 ¹⁾	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

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

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)							
a. Schilddrüse							
5400 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile –	350	20,40	36,72	51,00	28,15	20,40 ²⁾
5401 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – einschließlich quantitativer Untersuchung –, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent – einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität) –	1300	75,77	136,39	189,43	104,56	75,77 ²⁾
5402 ¹⁾	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) – <i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5403 ¹⁾	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ I mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen – <i>Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1200	69,94	125,89	174,85	96,52	69,94 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
b. Gehirn							
5410 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	69,94	125,89	174,85	96,52	69,94 ²⁾
5411 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	52,46	94,43	131,15	72,39	52,46 ²⁾
	<i>Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i>						
c. Lunge							
5415 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion – mindestens vier Sichten/Projektionen –, insgesamt	1300	75,77	136,39	189,43	104,56	75,77 ²⁾
5416 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	75,77	136,39	189,43	104,56	75,77 ²⁾
d. Herz							
5420 ¹⁾	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurf fraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	1200	69,94	125,89	174,85	96,52	69,94 ²⁾
5421 ¹⁾	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurf fraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	3800	221,49	398,68	553,73	305,66	221,49 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.</i>						
5422 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung – <i>Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5423 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
5424 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung – <i>Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i>	2800	163,20	293,76	408,00	225,22	163,20 ²⁾
e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie							
5425 ¹⁾	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –	2250	131,15	236,07	327,88	180,99	131,15 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5426 ¹⁾	Teilkörperskelettszintigraphie – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	1260	73,44	132,19	183,60	101,35	73,44 ²⁾
5427 ¹⁾	Zusätzliche szintigraphische Ab- bildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) – min- destens zwei Aufnahmen –	400	23,31	41,96	58,28	32,17	23,31 ²⁾
5428 ¹⁾	Ganzkörperknochenmarkszinti- graphie, Schädel und Körper- stamm in zwei Sichten/Projektio- nen – einschließlich der proxima- len Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extre- mitäten –	2250	131,15	236,07	327,88	180,99	131,15 ²⁾

f. Tumorszintigraphie

Tumorszintigraphie mit radioaktiv mar-
kierten unspezifischen Tumormarkern
(z. B. Radiogallium oder thallium), meta-
bolischen Substanzen (auch ¹³¹J), Rezep-
torsubstanzen oder monoklonalen Anti-
körpern

5430 ¹⁾	eine Region	1200	69,94	125,89	174,85	96,52	69,94 ²⁾
5431 ¹⁾	Ganzkörper (Stamm und/oder Ex- tremitäten)	2250	131,15	236,07	327,88	180,99	131,15 ²⁾

*Für die Untersuchung mehrerer
Regionen ist die Leistung nach
Nummer 5430 nicht mehrfach be-
rechnungsfähig.*

*Für die Leistung nach Numme
5430 sind zwei Wiederholungsun-
tersuchungen zugelassen, davon ei-
ne später als 24 Stunden nach Ein-
bringung der Testsubstanz(en).*

*Die Leistungen nach den Num-
mern 5430 und 5431 sind nicht ne-
beneinander berechnungsfähig.*

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
g. Nieren							
5440 ¹⁾	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelniere-Clearance – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards –	2800	163,20	293,76	408,00	225,22	163,20 ²⁾
5441 ¹⁾	Perfusionsszintigraphie der Nieren – einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung –	1600	93,26	167,87	233,15	128,70	93,26 ²⁾
5442 ¹⁾	Statische Nierenszintigraphie <i>Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	600	34,97	62,95	87,43	48,26	34,97 ²⁾
5443 ¹⁾	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 – mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) –	700	40,80	73,44	102,00	56,30	40,80 ²⁾
5444 ¹⁾	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen – <i>Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
h. Endokrine Organe							
5450 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe mit Ausnahme der Schilddrüse –	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<p><i>Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.</i></p> <p><i>Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.</i></p>						
i. Gastrointestinaltrakt							
5455 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage – gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung –, Gallenwege – gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux –, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	1300	75,77	136,39	189,43	104,56	75,77 ²⁾
5456 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	75,77	136,39	189,43	104,56	75,77 ²⁾
j. Hämatologie, Angiologie							
5460 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	900	52,46	94,43	131,15	72,39	52,46 ²⁾
	<p><i>Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.</i></p>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5461 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	2200	128,23	230,81	320,58	176,96	128,23 ²⁾
5462 ¹⁾	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	2220	128,23	230,81	320,58	176,96	128,23 ²⁾
5463 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14	52,45	72,85	40,21	29,14 ²⁾
	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweissen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern						
5465 ¹⁾	eine Region	1260	73,44	132,19	183,60	101,35	73,44 ²⁾
5466 ¹⁾	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	2250	131,15	236,07	327,88	180,99	131,15 ²⁾
	<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.</i>						
	<i>Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i>						

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
k. Resorptions- und Exkretionsteste							
5470 ¹⁾	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor – einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum –	950	55,37	99,67	138,43	76,41	55,37 ²⁾
l. Sonstige							
5472 ¹⁾	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung – auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle –	950	55,37	99,67	138,43	76,41	55,37 ²⁾
5473 ¹⁾	Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurf fraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) – <i>Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>	900	52,46	94,43	131,15	72,39	52,46 ²⁾
5474 ¹⁾	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	78,69	141,64	196,73	108,59	78,69 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
m. Mineralgehalt							
5475 ¹⁾	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
n. Ergänzungsleistungen							
Allgemeine Bestimmung							
Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.							
5480 ¹⁾	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung – mindestens zwei ROI –	750	43,72	–	–	–	–
5481 ¹⁾	Sequenzszintigraphie – mindestens sechs Bilder in schneller Folge –	680	39,64	–	–	–	–
5483 ¹⁾	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	39,64	–	–	–	–
5484 ¹⁾	In-vitro-Markierung von Blutzellen (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten), – einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen –	1300	75,77	–	–	–	–
5485 ¹⁾	Messung mit dem Ganzkörperzähler – gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren –	980	57,12	–	–	–	–
o. Emissions-Computer-Tomographie							
5486 ¹⁾	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen –	1200	69,94	125,89	174,85	96,52	69,94 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.
2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5487 ¹⁾	Single-Photonen-Emissions- Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾
5488 ¹⁾	Positronen-Emissions-Tomogra- phie (PET) – gegebenenfalls ein- schließlich Darstellung in mehre- ren Ebenen –	6000	349,72	629,50	874,30	482,61	349,72 ²⁾
5489 ¹⁾	Positronen-Emissions-Tomogra- phie (PET) mit quantifizierender Auswertung – gegebenenfalls ein- schließlich Darstellung in mehre- ren Ebenen –	7500	437,15	786,87	1092,88	603,27	437,15 ²⁾

2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)

5600 ¹⁾	Radiojodtherapie von Schilddrü- senenerkrankungen	2480	144,55	260,19	361,38	199,48	144,55 ²⁾
5602 ¹⁾	Radiophosphortherapie bei Er- krankungen der blutbildenden Or- gane	1350	78,69	141,64	196,73	108,59	78,69 ²⁾
5603 ¹⁾	Behandlung von Knochenmetasta- sen mit knochenaffinen Radio- pharmazeutika	1080	62,95	113,31	157,38	86,87	62,95 ²⁾
5604 ¹⁾	Instillation von Radiopharmazeu- tika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	2700	157,38	283,28	393,45	217,18	157,38 ²⁾
5605 ¹⁾	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substan- zen oder Antikörpern	2250	131,15	236,06	327,87	180,99	131,15 ²⁾
5606 ¹⁾	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur An- wendung eines individuellen Do- siskonzepts – einschließlich Be- rechnungen auf Grund von Vor- messungen –	900	52,46	94,43	131,15	72,39	52,46 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>						
5607 ¹⁾	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen – einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität –	1620	94,43	169,97	236,08	130,31	94,43 ²⁾
	<i>Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>						

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beachten.

5700 ¹⁾	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Ein-schluß T2-gewichteter Aufnahmen	4400	256,46	461,63	641,15	353,91	256,46 ²⁾
5705 ¹⁾	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	244,81	440,65	612,03	337,84	244,81 ²⁾
5715 ¹⁾	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	250,64	451,14	626,60	345,88	250,64 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5720 ¹⁾	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	256,46	461,63	641,15	353,91	256,46 ²⁾
5721 ¹⁾	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	233,15	419,67	582,88	321,75	233,15 ²⁾
5729 ¹⁾	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	139,89	251,80	349,73	193,05	139,89 ²⁾
5730 ¹⁾	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität <i>Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.</i>	4000	233,15	419,67	582,88	321,75	233,15 ²⁾
5731 ¹⁾	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5732 ¹⁾	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel <i>Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	1000	58,29	–	–	–	–
5733 ¹⁾	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion) <i>Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	800	46,63	–	–	–	–
5735 ¹⁾	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 <i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>	6000	349,72	629,50	874,30	482,61	349,72 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
--------	----------	----------------	------------------	------------------------------	---------------------------	------------------------------	-----------------

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800 ¹⁾ Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	14,57	26,23	36,43	20,11	14,57 ²⁾
---	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)

5802 ¹⁾ Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
---	-----	-------	-------	-------	-------	---------------------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5803 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion <i>Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>	100	5,83	-	-	-	-
5805 ¹⁾	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5806 ¹⁾	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	116,57	209,83	291,43	160,87	116,57 ²⁾

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810 ¹⁾	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie <i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>	200	11,66	20,99	29,15	16,09	11,66 ²⁾
5812 ¹⁾	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion <i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung</i>	190	11,07	19,93	27,68	15,28	11,07 ²⁾

- 1) Reduzierter Gebührenrahmen.
2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>						
5813 ¹⁾	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46	94,43	131,15	72,39	52,46 ²⁾

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

5831 ¹⁾	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	157,38	218,58	120,65	87,43 ²⁾
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>						
5832 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z. B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	500	29,14	–	–	–	–

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						
5833 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsreihe	2000	116,58	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						
5834 ¹⁾	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	720	41,97	75,55	104,93	57,92	41,97 ²⁾
5835 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾
5836 ¹⁾	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5837 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99	12,58	17,48	9,65	6,99 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden							
Allgemeine Bestimmungen							
Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.							
Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.							
5840 ¹⁾	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	157,37	218,58	120,65	87,43 ²⁾
	<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>						
5841 ¹⁾	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840. bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	116,58	-	-	-	-
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>						
5842 ¹⁾	Brachytherapie an der Körperoberfläche – einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation –, je Fraktion	300	17,49	31,48	43,73	24,14	17,49 ²⁾
5844 ¹⁾	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,73	80,44	58,29 ²⁾
5846 ¹⁾	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40	220,33	306,00	168,91	122,40 ²⁾

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken							
5851 ¹⁾	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungspla- nung – <i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur ein- mal berechnungsfähig.</i>	6900	402,18	723,92	1005,45	555,01	402,18 ²⁾
5852 ¹⁾	Oberflächen-Hyperthermie, je Frak- tion	1000	58,29	–	–	–	–
5853 ¹⁾	Halbtiefen-Hyperthermie, je Frak- tion	2000	116,57	–	–	–	–
5854 ¹⁾	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion <i>Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbin- dung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemothera- pie und nur mit dem einfachen Ge- bührensatz berechnungsfähig.</i>	2490	145,14	–	–	–	–
5855 ¹⁾	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18	723,93	1005,45	555,01	402,18 ²⁾

P. Sektionsleistungen

6000	Vollständige innere Leichenschau – einschließlich Leichenschaube- richt und pathologisch-anatomi- scher Diagnose –	1710	99,67	229,24	348,85	179,41	119,60
------	---	------	-------	--------	--------	--------	--------

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

2) 1,0fach.

D 1b

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
6001	Vollständige innere Leichenschau, die zusätzliche besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z. B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	2300	134,06	308,34	469,21	241,31	160,87
6002	Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort der Exhumierung – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	3200	186,52	429,00	652,82	335,74	223,82
6003	Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	739	43,07	99,06	150,75	77,53	51,69
6010	Makroskopische neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche – einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	400	23,31	53,61	81,59	41,96	27,98
6015 ¹⁾	Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je untersuchtes Organ	242	14,11	32,45	49,39	25,40	16,93
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je Knochen	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,98

1) Reduzierter Gebührenrahmen.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in EUR	Schwellen- wert in EUR	Höchst- wert in EUR	Standard- tarif in EUR	Basis- tarif
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –	1045	60,91	140,09	213,19	109,64	73,09
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau – einschließlich des Befundes –	300	17,49	40,23	61,22	31,48	20,99

D 1b

D 1b/318