



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

(Stand: 18. Mai 2000)

§ 1

Anwendungsbereich

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

§ 2

Abweichende Vereinbarung

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

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

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

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

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

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, so weit 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 Gebührenzeichnisses

- (1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, so weit in den Absätzen 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 11,4 Deutsche Pfennige. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

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

(4) Gebühren für die Leistung nach Nr. 437 des Gebührenzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenzeichnisses 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 Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenzeichnisses 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 Gebührenzeichnisses 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 Gebührenzeichnisses berechnet werden.

§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

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

§ 7

Entschädigungen

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

§ 8

Wegegeld

- (1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von
- bis zu zwei Kilometern 7,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 14,- Deutsche Mark,
 - mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 13,- Deutsche Mark, bei Nacht 20,- Deutsche Mark,
 - mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 20,- Deutsche Mark, bei Nacht 30,- Deutsche Mark,
 - mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 30,- Deutsche Mark, bei Nacht 50,- Deutsche Mark.
- (2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.
- (3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhän-

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

gig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9

Reiseentschädigung

- (1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.
 - (2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt
 1. 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen, bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,- Deutsche Mark, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,- Deutsche Mark je Tag,
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.
- (3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 10

Ersatz von Auslagen

- (1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden
 1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, so weit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
 2. Versand- und Portokosten, so weit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
 3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
 4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.
- Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.
 (2) Nicht berechnet werden können die Kosten für
1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerringe,
 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,

4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpel, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalpekula.
- (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 Nr. und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
 4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,- Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

- (3) Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. So weit 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 beigelegt 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 Nr. 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.

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
A. GEBÜHREN IN BESONDEREN FÄLLEN											
Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nrn. 2 und 56 in Abschnitt B, Nrn. 250, 250a, 402 und 403 in Abschnitt C, Nrn. 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, Nrn. 855 bis 857 in Abschnitt G, Nrn. 1001 und 1002 in Abschnitt H, Nrn. 1255 bis 1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268 bis 1270 in Abschnitt I, Nrn. 1401, 1403 bis 1406, 1558 bis 1560 in Abschnitt J, Nrn. 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.			6.	Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.			6.	<i>Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
2.	Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.			7.	Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.			6.	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus)	100	11,40
3.	Die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nr. 3 generell zu begründen.			8.	Neben einer Leistung nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nrn. 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.				<i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere:</i>		
4.	Die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.			I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen							
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 Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.			1.	Beratung, auch telefonisch	80	9,12		<i>– bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;</i>		
				2.	Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen	30	3,42		<i>– bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;</i>		
				3.	<i>Die Leistung nach Nr. 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</i>				<i>– bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;</i>		
				4.	Eingehende Beratung, auch telefonisch	150	17,10		<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>		
				5.	<i>Die Leistung nach Nr. 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.</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>		
				6.	Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en)	220	25,08				
				7.	<i>Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>						
				8.	<i>Die Leistung nach Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i>						
				9.	Symptombezogene Untersuchung	80	9,12				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
	<i>Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i>		
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt)	160	18,24	D	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	220	25,08	29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen	440	50,16
	<i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i>				<i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 28 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>		
	- bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;				<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>			30	Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde)	900	102,60
	- bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;			K 1	Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	13,68		<i>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i>		
	- bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;			III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen							
	- bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatrischer Prüfung der Bruchforten und der Nierenlager;			20	Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten)	120	13,68		<i>Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	- 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.				<i>Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>			31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)	450	51,30
8	Ganzkörperstatus	260	29,64	21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	41,04		<i>Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.</i>			32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	400	45,60
	<i>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. Die Leistung nach Nr. 8 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.</i>			33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	34,20
11	Digitaluntersuchung Mastdarm/ Prostata	60	6,84	22	Eingehende Beratung einer Schwangeren	300	34,20		<i>Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>		
15	Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken	300	34,20	23	Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft	300	34,20	34	Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 15 ist die Leistung nach Nr. 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>			24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf	200	22,80		<i>Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i>		
II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8				25	Neugeborenen-Erstuntersuchung	200	22,80	IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz			
Allgemeine Bestimmungen				26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind	450	51,30	45	Visite im Krankenhaus	70	7,98
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.					<i>Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</i>		
A	Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde	70	7,98	27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau	320	36,48		<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>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.</i>				<i>Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden.</i>		
B	Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr	180	20,52	28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann	280	31,92	46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	5,70
C	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	320	36,48		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	
	Die Leistung nach Nr. 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.				Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).				VI. Berichte, Briefe			
48	Besuch, Pflegestation	120	13,68	61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde	130	14,82	70	Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	4,56	
	Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.			75	Ausführlicher schriftlicher Bericht	130	14,82	
50	Besuch mit Beratung und Untersuchung	320	36,48	62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	17,10	76	Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.			
	Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.				Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.			77	Schriftliche, individuelle Planung/Leitung einer Kur	70	7,98	
51	Mitbesuch eines weiteren Kranken	250	28,50		V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62			78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	180	20,52	
	Die Leistung nach Nr. 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 51 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.				Allgemeine Bestimmungen			80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	34,20	
52	Besuch durch nichtärztliches Personal	100	11,40		Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.			85	Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	57,—	
	Die Pauschalgebühr nach Nr. 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.				Allgemeine Bestimmungen			90	Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch	120	13,68	
55	Begleitung eines Patienten durch den Arzt	500	57,—		E Zuschlag, unverzüglich erfolgte Ausführung	160	18,24	95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	6,84	
	Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.				Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nrn. 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.			96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,34	
56	Verweilen, je angefangene halbe Stunde	180	20,52		F Zuschlag, zwischen 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	260	29,64		Die Schreibgebühren nach den Nrn. 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.			
	Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.				Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.				VII. Todesfeststellung			
60	Konsiliarische Erörterung	120	13,68		G Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	450	51,30		Allgemeine Bestimmung			
	Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.				Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig. Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.				Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nrn. 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.			
					H Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	340	38,76		100	Leichenschau	250	28,50
					Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden. Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.				102	Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten	150	17,10
					J Zuschlag, Belegarzt-Visite, je Tag	80	9,12		104	Bulbusentnahme beim Toten	250	28,50
					K 2 Zuschlag zu den Nrn. 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	13,68		105	Hornhautentnahme aus einem Auge beim Toten	230	26,22
									107	Entnahme eines Herzschrittmachers beim Toten	220	25,08
									C. NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN			
									I. Anlegen von Verbänden			
									Allgemeine Bestimmung			
									Wundverbände nach Nr. 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.			
									200	Verband	45	5,13
									201	Klebeverband des Brustkorbs	65	7,41
									204	Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskravattenverband/ Kompressionsverband	95	10,83
									206	Tape-Verband, kleines Gelenk	70	7,98
									207	Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband	100	11,40
									208	Stärke- oder Gipsfixation	30	3,42
									209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung	150	17,10
									210	Kleiner Schienenverband	75	8,55
									211	Kleiner Schienenverband, Wiederanlegung	60	6,84
									212	Großer Schienenverband	160	18,24
									213	Großer Schienenverband, Wiederanlegung	100	11,40
									214	Abduktionsschienenverband	240	27,36
									217	Streckverband	230	26,22
									218	Streckverband mit Extension	660	75,24
									225	Gipsfingerling	70	7,98
									227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	34,20
									228	Gipsschienenverband oder Gipsparatoffel	190	21,66
									229	Gipsschienenverband, Wiederanlegung	130	14,82
									230	Zirkulärer Gipsverband	300	34,20
									231	Zirkulärer Gipsverband, Unterschenkel	360	41,04
									232	Zirkulärer Gipsverband, zwei große Gelenke	430	49,02
									235	Zirkulärer Gipsverband, Hals	750	85,50
									236	Zirkulärer Gipsverband, Rumpf	940	107,16
									237	Gips- oder Gipsschienenverband, zwei große Gelenke	370	42,18
									238	Gipsschienenverband, zwei große Gelenke, Wiederanlegung	200	22,80
									239	Gipsverband, Arm/Schulter oder Bein/Beckengürtel	750	85,50

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
5.	Die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nrn. 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nrn. 448 oder 449 darf die Leistung nach Nr. 56 nicht berechnet werden.			D. ANÄSTHESIELEISTUNGEN				515	Extensionsbehandlung	38	4,33
6.	Die Zuschläge nach den Nrn. 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.			Allgemeine Bestimmungen				516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/ Perlgerät	65	7,41
440	Zuschlag, Operationsmikroskop	400	45,60	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.				518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	13,68
441	Zuschlag, Laser			450	Rauschnarkose	76	8,66	III. Massage			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132,— Deutsche Mark.</i>			451	Intravenöse Kurznarkose	121	13,79	520	Teilmassage	45	5,13
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>			452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	21,66	521	Großmassage, je Sitzung	65	7,41
442	Zuschlag, ambulante Operation mit einer Bewertung von 250 bis 499 Punkten	400	45,60	453	Vollnarkose	210	23,94	523	Bindegewebssmassage/ Periostmassage/ manuelle Lymphdrainage	65	7,41
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>			460	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	46,06	525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	3,99
443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten	750	85,50	461	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	23,03	526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	6,27
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>			462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	58,14	527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	10,72
444	Zuschlag, ambulante Operation mit 800 bis 1199 Punkten	1300	148,20	463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	39,67	IV. Hydrotherapie und Packungen			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>			469	Kaudalanästhesie	250	28,50	530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	3,99
445	Zuschlag, ambulante Operation mit 1200 und mehr Punkten	2200	250,80	470	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	45,60	531	Ansteigendes Teilbad	46	5,24
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>			471	Lumbalanästhesie/ periduralen Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	68,40	532	Ansteigendes Vollbad	76	8,66
446	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 200 bis 399	300	34,20	472	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	91,20	533	Subaquales Darmbad	150	17,10
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berechnungsfähig.</i>			473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	68,40	V. Wärmebehandlung			
447	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 400 und mehr Punkten	650	74,10	474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	102,60	535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	3,76
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berechnungsfähig.</i>			475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zu Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	51,30	536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	5,81
448	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 2 Stunden)	600	68,40	476	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde	380	43,32	538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	4,56
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 448 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>			477	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	21,66	539	Ultraschallbehandlung	44	5,02
449	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 4 Stunden)	900	102,60	478	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	26,22	VI. Elektrotherapie			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 449 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 448 nicht berechnungsfähig.</i>			479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	13,11	548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung	37	4,22
				481	Hypothermie während Narkose	475	54,15	549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	6,27
				483	Lokalanästhesie, tiefere Nasenabschnitte/ Rachen	46	5,24	551	Reizstrombehandlung	48	5,47
				484	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	5,24	<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nrn. 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>			
				485	Lokalanästhesie, Trommelfell/ Paukenhöhle	46	5,24	552	Iontophorese	44	5,02
				488	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	5,24	553	Vierzellenbad	46	5,24
				489	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/ Kehlkopf/ Rachen	145	16,53	554	Hydroelektrisches Vollbad	91	10,37
				490	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	6,95	555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	13,68
				491	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	13,79	558	Apparative isokinetische Muskel-funktionstherapie, je Sitzung	120	13,68
				493	Leitungsanästhesie, perineural	61	6,95	VII. Lichttherapie			
				494	Leitungsanästhesie, endoneural	121	13,79	560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	3,53
				495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	13,79	<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>			
				497	Sympathikusblockade (lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	25,08	561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	3,53
				498	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	34,20	562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	5,24
				E. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
				Allgemeine Bestimmungen				563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	5,24
				In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.				564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	10,37
				I. Inhalationen				565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	13,68
				500	Inhalationstherapie	38	4,33	566	Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag	500	57,—
				501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	9,80	567	Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung	91	10,37
				<i>Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.</i>				569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	3,42
				II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen				F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE			
				505	Atmungsbehandlung	85	9,69	600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	8,32
				506	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung	120	13,68	601	Hyperventilationsprüfung	44	5,02
				507	Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung	80	9,12	602	Oxymetrische Untersuchung	152	17,33
				508	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	12,54	603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes	90	10,26
				509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	4,33	<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>			
				510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	7,98	514	Extensionsbehandlung, Wärmer-therapie und Massage	105	11,97

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nr. 604 sind die Leistungen nach den Nrn. 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	160	18,24	629	Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	2000	228,—	676	Gastroskopie <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	800	91,20
605	Ruhe-spirographische Untersuchung	242	27,59	630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	908	103,51	677	Bronchoskopie/Thoroskopie	600	68,40
605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	15,96	631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle	1110	126,54	678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	102,60
606	Spiroergometrische Untersuchung	379	43,21	632	Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1210	137,94	679	Mediastinoskopie, mit Probeexzision/-punktion	1100	125,40
607	Residualvolumenbestimmung	242	27,59	633	Lichtreflex-Rheographie	120	13,68	680	Ösophagoskopie, mit Probeexzision/-punktion	550	62,70
608	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung, insgesamt	76	8,66	634	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung	227	25,88	681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/ Probeexzision/-punktion	825	94,05
609	Bestimmung der Sekundenkapazität <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	182	20,75	635	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung nach Belastung	379	43,21	682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	96,90
610	Ganzkörperplethysmographie <i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	605	68,97	636	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	25,88	683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	1000	114,—
611	Bestimmung der Lungendehnbareit	605	68,97	637	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	51,76	684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	136,80
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/ Atemwegwiderstand <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>	757	86,30	638	Phlebodynamometrie	650	74,10	685	Duodeno-/Jejunum-/Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Probeexzision/-punktion	1350	153,90
614	Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung	150	17,10	641	Venenverschluss-plethysmographie	413	47,08	686	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri, mit Probeexzision/-punktion	1500	171,—
615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode	227	25,88	642	Venenverschluss-plethysmographie mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	63,16	687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	171,—
616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung <i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>	303	34,54	643	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/ Venen	120	13,68	688	Partielle Koloskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	900	102,60
617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	38,87	644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	20,52	689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	79,80
620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	152	17,33	645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	74,10	690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	350	39,90
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	14,48	646	Hypoxietest	605	68,97	691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagusvarizen	1400	159,60
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	20,75	647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	25,08	692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/Steinentfernung	1900	216,60
623	Flüssig-Kristall-Thermographie <i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>	140	15,96	648	Messung zentraler Venen-/Arterien-druck mit Röntgenkontrolle	605	68,97	692a	Drainage, Plazierung in den Gallen-/ Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	45,60
624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>	330	37,62	649	Transkranielle Doppler-Sonographie	650	74,10	693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	34,20
626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 626 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1000	114,—	650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	17,33	694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	57,—
627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle <i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 627 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	1500	171,—	651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	28,84	695	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	45,60
628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360 <i>Die Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	800	91,20	652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	50,73	696	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	22,80
				653	EKG, telemetrisch <i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	253	28,84	697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Röntgenkontrolle/Probeexzision/-punktion	400	45,60
				654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	17,10	698	Kryochirurgie, Enddarm	200	22,80
				655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	17,33	699	Infrarotkoagulation, Enddarm, je Sitzung	120	13,68
				656	EKG, mittels intrakavitärer Ableitung, mit Röntgenkontrolle	1820	207,48	700	Laparoskopie/Nephroskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	91,20
				657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	28,84	701	Laparoskopie, mit intraabdominalem Eingriff	1050	119,70
				659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	45,60	703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus-/Fundusvarizen	500	57,—
				660	Phonokardiographische Untersuchung, mit EKG-Kontrolle/ Karotispulskurve/ apexkardiographischer Untersuchung	303	34,54	705	Proktoskopie	152	17,33
				661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	60,42	706	Licht-/Laserkoagulation bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	68,40
				665	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechselapparat	121	13,79	714	Neurokinesisiologische Diagnostik / Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts / Statomotorik	180	20,52
				666	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechselapparat mit Kohlensäurebestimmung	227	25,88	715	Prüfung der motorischen kindlichen Entwicklung	220	25,08
				669	Ultraschallechographie, Gehirn	212	24,17		<i>Neben der Leistung nach Nr. 715 sind die Leistungen nach den Nrn. 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>		
				670	Einführung einer Magenverweilsonde	120	13,68	716	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Bewegungs-/Wahrnehmungsvermögen)	69	7,87
				671	Auseheberung des Magensaftes	120	13,68	717	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	110	12,54
				672	Auseheberung des Duodenalsaftes	120	13,68	718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717	251	28,61
				674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	370	42,18		<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>		
				675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	31,35	719	Funktionelle Entwicklungstherapie, mindestens 45 Minuten	251	28,61
								725	Systematische sensomotorische Entwicklungs-/Übungsbehandlung, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	34,20
									<i>Neben der Leistung nach Nr. 725 sind die Leistungen nach den Nrn. 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>		
								726	Systematische sensomotorische Behandlung von Sprachstörungen, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	34,20

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus	924	105,34	1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	228,—	1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	125,40
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	26,22	1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar- Aderhauttumors	2770	315,78	1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	62,70
1304	Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	105,34	1382	Goniotrepanation/Trabekulektomie/ Trabekulotomie bei Glaukom	2500	285,—	1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	26,45
1305	Operation der Lidsenkung	739	84,25	1383	Vitrektomie/Glaskörperstrangdurch- trennung	2500	285,—	1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	42,18
1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	126,54	1384	Vordere Vitrektomie	830	94,62	1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	147,06
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	168,72	1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	147,06	1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	8,44
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	126,54	J. HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE				1465	Punktion einer Kieferhöhle	119	13,57
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation	1850	210,90	1400	Genauere Hörprüfung	76	8,66	1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	20,29
1313	Abreiben/Skarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	3,42	1401	Einfache Hörprüfung	60	6,84	1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	46,40
1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	8,44	1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	18,01	1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	33,74
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	210,90	1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	18,01	1469	Keilbeinhöhlenoperation/ Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	63,16
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	5,93	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Lei- stungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>				1470	Keilbeinhöhlenoperation/ Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenschmel/Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	84,25
1321	Operation des Flügelfells	296	33,74	1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	7,18	1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/ Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	168,72
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	189,24	1406	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	182	20,75	1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	25,31
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	7,64	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>				1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	253,08
1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/ Lederhautwunde	230	26,22	1407	Impedanzmessung, Trommelfell/ Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	20,75	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungs- fähig.</i>			
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	126,54	1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	101,23	1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	20,29
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/ Lederhautverletzung	1850	210,90	1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	45,60	1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/ Stirnhöhle	59	6,73
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	368,22	<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist ne- ben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungs- fähig.</i>				1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	5,13
1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	84,25	1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	10,37	1485	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbeinzellen, von außen	924	105,34
1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	63,16	1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	30,21	1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	126,54
1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	126,54	1414	Diaphanoskopie der Nasen Nebenhöhlen	42	4,79	1487	Radikaloperation, Stirnhöhle/ Siebbeinzellen, von außen	1480	168,72
1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	84,25	1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/ Paukenhöhle	91	10,37	1488	Radikaloperation sämtlicher Neben- höhlen einer Seite	1850	210,90
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	6,38	1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	13,79	1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	147,06
1339	Abschabung der Hornhaut	148	16,87	1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	11,40	1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	33,74
1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	21,09	1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/ Nasenrachenraum/ Stimmbänder	180	20,52	1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	126,54
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	37,96	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>				1496	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	253,08
1345	Hornhautplastik	1660	189,24	1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	5,70	1497	Tränensackoperation, vom Naseninnern aus	1110	126,54
1346	Hornhauttransplantation	2770	315,78	1426	Ausstopfung der Nase von vorn/hinten	100	11,40	1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	5,02
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	345,42	1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	10,83	1499	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	52,78
1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	94,85	1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	42,18	1500	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	84,25
1349	Operation des weichen Stars	1850	210,90	1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	8,66	1501	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	37,96
1350	Staroperation	2370	270,18	1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	13,57	1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	16,87
1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	315,78	1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	10,37	1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	21,09
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	205,20	1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/ Seitenstrang, auch beidseitig	36	4,10	1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	6,38
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	94,85	1438	Abtragung einer Nasenschmel	370	42,18	1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	10,60
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	253,08	1439	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	42,18	1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	52,78
1355	Extraktion des Nachstars	1110	126,54	1440	Operative Entfernung, einzelne Nasenscheidewand einer Seite	130	14,82	1510	Schlitzung, Parotis-/Submandibularis- Ausführungsgang	190	21,66
1356	Eröffnung/Spülung/Wiederher- stellung der Augenvorderkammer	370	42,18	1441	Operative Entfernung, mehrere Nasenscheidewand einer Seite	296	33,74	1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	21,09
1357	Hintere Sklerotomie	370	42,18	1445	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand	463	52,78	1512	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	126,54
1358	Zykliodialese/Iridektomie	1000	114,—	1446	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	84,25	1513	Keilexzision aus der Zunge	370	42,18
1359	Zykliodermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation	500	57,—	1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	189,24	1514	Entfernung der Zunge	2220	253,08
1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	114,—	1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	2370	270,18	1515	Operation einer Speichelfistel	739	84,25
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	210,90	1449	Plastische Operation bei ekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	421,80	1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	63,16
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	345,42	1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	843,60	1520	Exstirpation der Unterkiefer-/ Unterzungspeicheldrüse	900	102,60
1365	Lichtkoagulation bei Netzhaut- ablösung-/blutung, je Sitzung	924	105,34	1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	91,20	1521	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	210,90
1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	126,54	<i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intuba-</i>							
1367	Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen	2220	253,08								
1368	Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	345,42								
1369	Koagulation/Lichtkaustik, Netz-/ Aderhauttumor	1850	210,90								
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	105,34								
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	147,06								
1372	Wiederherstellung eines prothesen- fähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	210,90								
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	126,54								
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung	3500	399,—								
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	399,—								
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	168,72								
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe	280	31,92								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
	<i>tionsnarkose nicht berechnungs- fähig.</i>			1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	168,72	1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	4,56
1533	Schwebe-/Stützlarngoskopie	500	57,—	1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	168,72	1737	Meatomie	74	8,44
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	52,78	1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	126,54	1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	63,16
1535	Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf	647	73,76	1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	267,90	1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung	60	6,84
1540	Endolaryngeale Resektion/ frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	210,90	1614	Tympanoplastik mit Interposition/ und Aufbau der Gehörknöchelchen- kette	3140	357,96	1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	33,74
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	158,46	1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	267,90	1741	Phimoseoperation	370	42,18
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmband- verlagerung	1850	210,90	1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	126,54	1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praepatii	85	9,69
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	188,10	1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	79,80	1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	63,16
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes, mit Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	210,90	1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	267,90	1746	Operation einer Epispadie/ Hypospadie	1110	126,54
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	253,08	1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	267,90	1747	Penisamputation	554	63,16
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	421,80	1625	Fazialisdekompression	2220	253,08	1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistenröhren	2220	253,08
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie	2770	315,78	1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	151,62	1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	285,—
1548	Einführung einer Silastikendopro- these im Larynxbereich	2060	234,84	1628	Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	84,25	1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	364,80
1549	Fensterung des Schilddrüsens zur Spickung mit Radionukliden	1200	136,80	1629	Extraduraler/transstympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	421,80	1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzen, Glands penis/ Corpora cavernosa	924	105,34
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	34,20	1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	84,25	1752	Operative Implantation einer Penis- stützprothese	2500	285,—
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie	3000	342,—	1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschel	887	101,12	1753	Entfernen einer Penisprothese	550	62,70
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	13,57	1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel	1400	159,60	1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/ Skrotalfächer	180	20,52
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungs- fähig.</i>			1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen	4500	513,—	1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	52,78
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	13,57	1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	63,16	1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	94,85
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	12,08					1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	63,16
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopfflo- sen, je Sitzung	148	16,87					1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters Transpenile/transskrotale Venembolisation	1110	126,54
1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	23,60					1759	Venembolisation	2800	319,20
1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	23,60					1760	Varikeleoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	168,72
1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	5,13					1761	Operation eines Wasserbruchs	739	84,25
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	5,13					1762	Inguinale Lymphknotenrausräumung	1200	136,80
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	8,44					1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	84,36
1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	21,09					1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	52,44
1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	8,44					1765	Hodenentfernung, einseitig	739	84,25
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers, Gehörgang/ Paukenhöhle	148	16,87					1766	Hodenentfernung, beidseitig	1200	136,80
1575	Inzision des Trommelfells	130	14,82					1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	52,78
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauer- drainage	320	36,48					1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	136,80
1577	Einsetzen/Auswechseln Trommel- fellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	5,13					1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	168,72
1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	4,56					1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	105,34
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle	70	7,98					1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	168,72
1580	Galvanoakustik, Gehörgang/ Paukenhöhle	89	10,15					1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	5,13
1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	14,82					1776	Eröffnung eines Prostataabzesses, vom Damm aus	370	42,18
1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	33,74					1777	Elektro-/Kryoexzision der Prostata	924	105,34
1588	Hammer-Amboß-Exzision oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	554	63,16					1778	Operation einer Entfremung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	210,90
1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	3,42					1779	Totale Entfernung, Prostata/ Samenblasen	2590	295,26
1590	Katheterismus der Ohrtrompete, auch beidseitig	74	8,44					1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	210,90
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	4,56					1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	315,78
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	210,90					1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	126,54
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	168,72					1783	Pelvine Lymphknotenrausräumung	1850	210,90
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	126,54					1784	Totale Entfernung der Prostata/ Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	399,—
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	189,24					1785	Zystoskopie	207	23,60
1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/ des Labyrinthes/ eines Hirnabszesses	2770	315,78					1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	40,47
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	189,24					1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	28,73
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	315,78					1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	33,74
								1789	Chromozystoskopie	325	37,05
								1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	42,18
								1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung Uroflowmetrie	148	16,87
								1792	Manometrische Untersuchung der Harnblase	212	24,17
								1793	<i>Die Injektion von pharmakodyna- misch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>	400	45,60
								1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	77,52
									<i>Die Injektion von pharmakodyna- misch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 1794 ist die Leistung nach Nr. 1793 nicht be- rechnungsfähig.</i>		
				1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung	74	8,44	1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Katheterreinigung	273	31,12
				1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	8,44	1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	84,25
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i>						

K. UROLOGIE

Allgemeine Bestimmungen

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

1700	Spülung der männlichen Harnröhre	45	5,13
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung	74	8,44
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung	178	20,29
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	16,87
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	63,16
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	8,55
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	6,84
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	6,73
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	8,44
1712	Endoskopie der Harnröhre	119	13,57
1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	33,74
1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	26,22
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	34,20
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	63,16
1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	63,16
1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	126,54
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	189,24
1724	Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	189,24
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	6,73
1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung	104	11,86
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	4,22

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
2657	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste	760	86,64	2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	136,80	2902	Operation/venöse Anastomose/Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	526,68
2658	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	500	57,—	XI. Gefäßchirurgie				4. Sympathikuschirurgie			
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	400	45,60	1. Allgemeine Verrichtungen				2920	Thorakale Sympathektomie	2000	228,—
2670	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	500	57,—	2800	Venaesectio	275	31,35	2921	Lumbale Sympathektomie	1480	168,72
2671	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	300	34,20	2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	52,78	XII. Thoraxchirurgie			
2675	Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuboplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	96,90	2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	253,08	2950	Resektion, eine Rippe	739	84,25
2676	Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer	2200	250,80	2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	168,72	2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	126,54
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	79,80	2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	28,84	2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	126,54
2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	11,40	2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	39,90	2953	Thorakoplastik	3140	357,96
2681	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	45,60	2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	84,25	2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröffnung	4620	526,68
2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	159,60	2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	45,60	2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	570,—
2685	Reposition, Zahn	200	22,80	2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	84,36	2956	Brustwandteilresektion	2100	239,40
2686	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	34,20	2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	570,—	2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	342,—
2687	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	148,20	2. Arterienchirurgie				2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	581,40
2688	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	85,50	2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	357,96	2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	342,—
2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	114,—	2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	478,80	2970	Anlage, Pleuradrainage	554	63,16
2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	410,40	2822	Rekonstruktive Operation, Arterarterie	2300	262,20	2971	Spülung, Pleuraraum	148	16,87
2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte	1500	171,—	2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	210,90	2972	Pleurageewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung	666	75,92
2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	136,80	2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	342,—	2973	Pleurektomie, einseitig	2220	253,08
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur	450	51,30	2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	741,—	2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	357,96
2695	Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	307,80	2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	741,—	2975	Dekortikation, Lunge	4800	547,20
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/ oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	57,—	2827	Operation, Aneurysma, großes Thoraxgefäß	7500	855,—	2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	228,—
2697	Anlegen von Drahtligaturen/ Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	39,90	2828	Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	342,—	2977	Thorakokautik, bei Spontanpneumothorax	739	84,25
2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	171,—	2829	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	592,80	2979	Operative Entfernung, Pleuraempyem	1110	126,54
2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	250,80	2830	Operation, Nierengefäß	1480	168,72	2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	4800	547,20
2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	39,90	2835	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Stenose/ Verschluss	4500	513,—	2990	Thorakotomie zur diagnostischen Zwecke	1110	126,54
2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	205,20	2836	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	570,—	2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	168,72
2702	Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	34,20	2837	Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	570,—	2992	Thorakotomie, mit Gewebentnahme für histologische/bakteriologische Untersuchung	1290	147,06
2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	193,80	2838	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	4300	490,20	2993	Thorakotomie, mit Gewebentnahme/intrathorakale Präparationen	1480	168,72
2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	148,20	2839	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	3000	342,—	2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	315,78
2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	125,40	2840	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	342,—	2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	357,96
2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	85,50	2841	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	2000	228,—	2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	456,—
2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3000	342,—	2842	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	3700	421,80	2997	Lobektomie/Lungensegmentresektion(en)	5100	581,40
2715	Suprahyoideale Lymphknoten-ausräumung einer Seite	2000	228,—	2843	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Extremitäten/Hals	3700	421,80	2998	Bilobektomie	4800	547,20
2716	Radikale Halslymphknoten-ausräumung einer Seite	5000	570,—	2844	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/Bauchraum	5500	627,—	2999	Pneumonektomie, mit intraperikardialer Gefäßversorgung/Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	638,40
2720	Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	800	91,20	3. Venenchirurgie				3000	Bronchotomie	2770	315,78
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	500	57,—	2880	Inzision, Varixknoten	148	16,87	3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	661,20
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	228,—	2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	126,54	3002	Operative Kavernen-/Lungenabszesseröffnung	4800	547,20
X. Halschirurgie				2882	Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	210,90	3010	Sternotomie	1110	126,54
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	126,54	2883	Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste-Exstirpation	1200	136,80	3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	456,—
2751	Tracheotomie	554	63,16	2885	Entfernung, kleine Blutadergeschwulst	1110	126,54	3012	Drainage, Mediastinum	554	63,16
2752	Exstirpation, Ductus thyreoglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresektion Zungenbein	1350	153,90	2886	Entfernung, große Blutadergeschwulst	2770	315,78	3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	456,—
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	189,24	2887	Thrombektomie	2000	228,—	XIII. Herzchirurgie			
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	189,24	2888	Veno-venöse Umleitung	3140	357,96	3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	210,90
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse	1850	210,90	2889	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	421,80	3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	147,06
2756	Ausschälung, Nebenschilddrüse	2200	250,80	2890	Isolierte Seitenastextirpation/ Perforansdissektion/ Perforansligatur	350	39,90	3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	126,54
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromgebiete/ Nachbarorgane	3700	421,80	2891	Rekonstruktive Operation, Körperven	3000	342,—	3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	126,54
				2895	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	168,72	3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	210,90
				2896	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat	2100	239,40	3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	63,16
				2897	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	136,80	<i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.</i>			
				2898	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	171,—	3060	Intraoperative Funktionsmessungen, Herz	554	63,16
				2899	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	253,08	3065	Operation, Perikard	2000	228,—
				2900	Operation/Dissektion, bei portalem Hochdruck	3140	357,96	3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	357,96
				2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	421,80	3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	168,72
								3068	Anlage, künstliche Pulmonalisstammstenose	3140	357,96
								3069	Shuntoperation, herznahe Gefäße	3000	342,—
								3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	342,—
								3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	342,—
								3072	Operativer Verschluss, Vorhofseptumdefekt vom Sekundum-Typ	3000	342,—
								3073	Operativer Verschluss, Vorhofseptumdefekt anderen Typs	4000	456,—
								3074	Komplette intraatriale Blutumleitung	6500	741,—
								3075	Thromb-/Embolektomie/ Fremdkörperentfernung, Herz/ herznahes Gefäß	3000	342,—
								3076	Operative Entfernung, Herztumor/ Herzwandaneurysma/Herzdivertikel	4800	547,20

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
9.	Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Vorstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst: Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination); Immudiffusion: Immudiffusions- (radiale), Elektroimmudiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen; Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsverfahren: 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.			Untersuchung, je Messgröße <i>Katalog</i> 3523 Antistreptolysin (ASL) 3524 C-reaktives Protein (CRP) 3525 Mononukleotest 3526 Rheumafaktor (RF) 3528 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l) 3529 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l) 3530 Thromboplastinzeit (Quickwert) 3531 Urinsediment 3532 Mikroskopie, Urinsediment	100	11,40	3582 Bilirubin, direkt 3583.H1 Harnsäure 3584.H1 Harnstoff 3585.H1 Kreatinin 3587.H1 Alkalische Phosphatase 3588.H1 Alpha-Amylase 3589.H1 Cholinesterase 3590.H1 Creatinkinase (CK) 3591.H1 Creatinkinase MB (CK-MB) 3592.H1 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) 3593.H1 Glutamatdehydrogenase (GLDH) 3594.H1 Glutamatoxalazetattransaminase (GOT) 3595.H1 Glutamopyruvattransaminase (GPT) 3596.H1 Hydroxybutyratdehydrogenase (HDBH) 3597.H1 Laktatdehydrogenase (LDH) 3598.H1 Lipase 3599 Saure Phosphatase (sP)	70 40 40 40 40 50 40 40 50 40 50 40 50 40 40 50 70	7,98 4,56 4,56 4,56 5,70 4,56 5,70 4,56 4,56 5,70 4,56 5,70 4,56 5,70 7,98		
10.	Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.			II. Basislabor Allgemeine Bestimmungen Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				6. Gerinnungssystem 3605 Partielle Thromboplastinzeit (PTT) 3606 Plasmathrombinzeit (PTZ) 3607 Thromboplastinzeit (Quickwert)	50 70 50	5,70 7,98 5,70	
11.	Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 sind nur nach Nr. 437 berechnungsfähig.			Höchstwerte 3541.H Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	54,72	7. Funktionsteste Allgemeine Bestimmungen Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig. Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.				
	I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis			1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen 3550 Blutbild/Blutbildbestandteile	60	6,84	8. Spurenelemente 3620 Eisen 3621 Magnesium	100 160 280 160 60	11,40 18,24 31,92 18,24 6,84		
	Allgemeine Bestimmungen Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenentnahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt. Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaussähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.			2. Elektrolyte, Wasserhaushalt 3555 Calcium 3556 Chlorid 3557 Kalium 3558 Natrium	40 30 30 30	4,56 3,42 3,42 3,42	III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen Allgemeine Bestimmung Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nrn. 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.				
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	10,26	3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel Allgemeine Bestimmung Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			Höchstwerte 3630.H Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8 3631.H Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10 3633.H Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	870 1400 550	99,18 159,60 62,70		
	<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>			4. Proteine, Elektrophoreseverfahren Allgemeine Bestimmung Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl) 3650 Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	6,84		
3501	Blutsenkung	60	6,84	4. Proteine, Elektrophoreseverfahren Allgemeine Bestimmung Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>				
3502	Differenzierung, Blutausschlag	120	13,68	3560 Glukose 3561 Glykierte Hämoglobine (HbA1), HbA1c) 3562.H1 Cholesterin 3563.H1 HDL-Cholesterin 3564.H1 LDL-Cholesterin 3565.H1 Triglyzeride	40 200 40 40 40 40	4,56 22,80 4,56 4,56 4,56 4,56	2. Sekrete, Liquor, Konkremente 3660 Mikroskopie, Sekret 3661 Gallensediment 3662 HCl 3663 Differenzierung, Sperma 3664 Spermienagglutination 3665 Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz 3667 Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung 3668 Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma	40 40 70 160 120 150 70 400	4,56 4,56 7,98 18,24 13,68 17,10 7,98 45,60		
3503	Hämatokrit	70	7,98	3570.H1 Albumin, photometrisch 3571 Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin 3572 Immunglobulin E (IgE) 3573.H1 Gesamt-Protein Serum/Plasma 3574 Proteinelektrophorese Serum 3575 Transferrin	30 150 250 30 200 100	3,42 17,10 28,50 3,42 22,80 11,40	2. Sekrete, Liquor, Konkremente 3660 Mikroskopie, Sekret 3661 Gallensediment 3662 HCl 3663 Differenzierung, Sperma 3664 Spermienagglutination 3665 Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz 3667 Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung 3668 Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma	40 40 70 160 120 150 70 400	4,56 4,56 7,98 18,24 13,68 17,10 7,98 45,60		
	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße <i>Katalog</i> 3504 Erythrozyten 3505 Leukozyten 3506 Thrombozyten	60	6,84	5. Substrate, Metabolite, Enzyme Allgemeine Bestimmung Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.			<i>Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>				
3508	Mikroskopie, Nativpräparat, je Material	80	9,12	3580.H1 Anorganisches Phosphat 3581.H1 Bilirubin, gesamt	40 40	4,56 4,56					
3509	Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material	100	11,40								
3510	Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat	120	13,68								
3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung	50	5,70								
	<i>Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>										
	Untersuchung, je Messgröße <i>Katalog</i> 3512 Alpha-Amylase 3513 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) 3514 Glukose 3515 Glutamatoxalazetattransaminase (GOT) 3516 Glutamopyruvattransaminase (GPT) 3517 Hämoglobin 3518 Harnsäure 3519 Kalium 3520 Kreatinin 3521 Lipase	70	7,98								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
11. Nucleinsäuren und ihre Metabolite				3920	Isolierung humaner Nucleinsäuren	900	102,60	3921	Spaltung humaner Nucleinsäuren, je Enzym	150	17,10
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	57,—	3923	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,—	3924	Identifizierung humaner Nucleinsäurefragmenten durch Hybridisierung, je Sonde	300	34,20
3925	Trennung humaner Nucleinsäurefragmente, Elektrophorese	600	68,40	3926	Identifizierung humaner Nucleinsäurefragmente durch Sequenzermittlung	2000	228,—				
12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem				3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	12,54	3931	Antithrombin III, Immundiffusion	180	20,52
3932	Blutungszeit	60	6,84	3933	Fibrinogen, koagulometrisch	100	11,40	3934	Fibrinogen, Immundiffusion	180	20,52
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	13,68	3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	28,50	3937	Fibrinspaltprodukte, qualitativ	180	20,52
3938	Fibrinspaltprodukte, quantitativ	360	41,04	3939	Gerinnungsfaktor II/V/VIII/IX/X, je Faktor	460	52,44	3940	Gerinnungsfaktor VII/XI/XII, je Faktor	720	82,08
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag	250	28,50	3942	Gerinnungsfaktor XIII	180	20,52	3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion	250	28,50
3944	Gewebspfasminogenaktivator (t-PA)	300	34,20	3945	Heparin	140	15,96	3946	Partielle Thromboplastinzeit, Doppelbestimmung	70	7,98
3947	Plasmetauschversuch	460	52,44	3948	Plasminogen	140	15,96	3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI)	410	46,74
3950	Plättchenfaktor (3, 4), je Faktor	480	54,72	3951	Protein C-Aktivität	450	51,30	3952	Protein C-Konzentration	450	51,30
3953	Protein S-Aktivität	450	51,30	3954	Protein S-Konzentration	450	51,30	3955	Reptilasezeit	100	11,40
3956	Ristocetin-Cofaktor	200	22,80	3957	Thrombelastogramm	180	20,52	3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex	480	54,72
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	11,40	3960	Thromboplastinzeit (Quickwert), Doppelbestimmung	70	7,98	3961	Thrombozytenaggregationstest	900	102,60
3962	Thrombozytenausbreitung	60	6,84	3963	Von Willebrand-Faktor (vWF)	480	54,72	3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität	360	41,04
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration	260	29,64	3966	Gesamtkomplement AH 50	600	68,40	3967	Gesamtkomplement CH 50	500	57,—
Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems				250	28,50						
<i>Katalog</i>											
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität			3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion			3970	Komplementfaktor C4-Aktivität		
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion			13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System							
3980	AB0-Merkmale	100	11,40	3981	AB0-Merkmale/Isoagglutinine	180	20,52	3982	AB0-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusfaktor	300	34,20
3983	AB0-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusformel	500	57,—	Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale				<i>Katalog</i>			
3984	im NaCl-/Albumin-Milieu, je Merkmal	120	13,68	3985	im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	22,80	3986	im indirekten Coombstest (Kidd/Lutheran), je Merkmal	360	41,04
<i>Bei den Leistungen nach den Nrn. 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i>											
3987	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest	140	15,96	3988	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), indirekter Coombstest	200	22,80	3989	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (acht bis zwölf Test-Präparationen), indirekter Coombstest, nach Nr. 3987/3988, je Test-Präparation	60	6,84
3990	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu	70	7,98	3991	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu	100	11,40	3992	Antikörper gegen Erythrozytenantigene, (acht bis zwölf Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu, nach Nr. 3990/3991, je Test-Präparation	30	3,42
3993	Bestimmung des Antikörpertiters, nach Nr. 3989/3992	400	45,60	3994	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Erythrozytenantigene	140	15,96	3995	Qualitativer Antikörper-Nachweis gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (bis zu zwei Titerstufen)	350	39,90
3996	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (mehr als zwei Titerstufen)	600	68,40	3997	Direkter Coombstest, mindestens zwei Antiseren	120	13,68	3998	Ermittlung der Antikörperklasse, nach Nr. 3989/3997, je Antiserum	90	10,26
3999	Antikörper-Elution/-Absorption, je Untersuchung	360	41,04	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>							
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	22,80	4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) Identitätssicherung im AB0-System	300	34,20	<i>Die Leistung nach Nr. 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>			
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	11,40	4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organeln/Proteinen, je Isolierung	400	45,60	4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	85,50
4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	342,—	4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	3,42	4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	410,40
4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	285,—	4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	307,80	4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	91,20
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	182,40	4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	85,50	4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	524,40
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	262,20	14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren							
Allgemeine Bestimmung											
Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.											
Hormonbestimmung, Ligandenassay						250	28,50	<i>Katalog</i>			
4020	Cortisol			4021	Follitropin (FSH)			4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)		
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)			4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)			4025	Insulin		
4026	Luteotropin (LH)			4027	Östrial			4028	Plazentalaktogen (HPL)		
4029.H4	T3-Uptake-Test			4030	Thyreoidale stimulierende Hormon (TSH)			4031.H4	Thyroxin		
4032.H4	Trijodthyronin			4033	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Hormonbestimmung, Ligandenassay						350	39,90	<i>Katalog</i>			
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron			4036	Androstendion			4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)		
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)			4039	Östradiol			4040	Progesteron		
4041	Prolaktin			4042	Testosteron			4043	Wachstumshormon (GHG)		
4044	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
Hormonbestimmung, Ligandenassay						480	54,72	<i>Katalog</i>			
4045	Aldosteron			4046	C-Peptid			4047	Calcitonin		
4048	cAMP			4049	Corticotropin (ACTH)			4050	Erythropoetin		
4051	Gastrin			4052	Glukagon			4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauringraviddität		
4054	Osteocalcin			4055	Oxytocin			4056	Parathormon		
4057	Reninaktivität (PRA)			4058	Reninkonzentration			4060	Somatomedin		
4061	Vasopressin (Aduretin, ADH)			4062	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Hormonbestimmung, Ligandenassay						750	85,50	<i>Katalog</i>			
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)			4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)			4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)		
4067	Parathyroid hormone related peptide			4068	Vasopressin intestinales Polypeptid (VIP)			4069	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>											
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay	900	102,60	Hormonbestimmung, Chromatographie/Photometrie							
<i>Katalog</i>											
4071	5-Hydroxyindoleessigsäure (5-HIES)			4072	Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin			4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074	Metanephrine			4075	Serotonin			4076	Steroidprofil		
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)			4078	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	39,90	4080	5-Hydroxyindoleessigsäure (5-HIES)	120	13,68	4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	13,68
4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	15,96	4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	64,98	4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	64,98
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	28,50	4086	Östrogenrezeptoren	1200	136,80	4087	Progesteronrezeptoren	1200	136,80
4088	Andere Hormonrezeptoren	1200	136,80	4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	51,30	15. Funktionsteste			
Allgemeine Bestimmungen											
Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.											
Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.											
4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	57,—	4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	57,—	4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin)	1140	129,96
4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol)	1000	114,—	4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Cortisol)	2190	249,66	4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose)	200	22,80
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen)	120	13,68	4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	57,—	4098	Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	57,—
4099	Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	57,—	4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse (Viermalige Titration HCl)	280	31,92	4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/Wachstumshormon/Insulin)	3840	437,76

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung Wachstumshormon)	2100	239,40	4178	Streptomycin			4236	Borrelia burgdorferi		
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron)	700	79,80	4179	Theophyllin			4237	Brucellen		
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid)	960	109,44	4180	Tobramicin			4238	Campylobacter		
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin)	500	57,—	4181	Valproinsäure			4239	Francisellen		
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol)	3840	437,76	4182	Ähnliche Untersuchungen			4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ		
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung Laktat)	900	102,60	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4241	Leptospiren		
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung Glukose)	200	22,80	4185	Cyclosporin	300	34,20	4242	Listerien, je Typ		
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH)	1000	114,—	4186	Amitriptylin	700	79,80	4243	Rickettsien		
4110	MEGX-Test (Monoethylglyncinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX)	500	57,—	4187	Imipramin			4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen		
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Prolaktin)	700	79,80	4188	Nortriptylin			4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen		
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin)	2880	328,32	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4246	Staphylolysin		
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	218,88	4186	Amitriptylin			4247	Streptolysin		
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	218,88	4187	Imipramin			4248	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)		
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin)	1920	218,88	4188	Nortriptylin			4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ		
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung Amylase/ Lipase/Trypsin/Bikarbonat)	1080	123,12	4190	Aluminium	410	46,74	4250	Ähnliche Untersuchungen		
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH)	500	57,—	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A)	720	82,08	4191	Arsen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
16. Porphyrine und ihre Vorläufer				4192	Blei			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4120	Delta-Aminoläevulinsäure	570	64,98	4193	Cadmium			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	28,50	4194	Chrom			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	13,68	4195	Gold			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4123	Porphobilinogen (PBG), qualitativ	60	6,84	4196	Quecksilber			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4124	Porphobilinogen (PBG)	570	64,98	4197	Thallium			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4125	Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material	570	64,98	4198	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4126	Porphyrinprofil, Dünnschicht- chromatographie, je Material	460	52,44	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
17. Spurenelemente, Vitamine				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4130	Eisen im Urin	120	13,68	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4131	Kupfer im Serum/Plasma	40	4,56	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4132	Kupfer im Urin	410	46,74	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4133	Mangan	410	46,74	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4134	Selen	410	46,74	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4135	Zink	90	10,26	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4138	25-Hydroxy-Vitamin D	480	54,72	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol)	750	85,50	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4140	Folsäure/Vitamin B12	250	28,50	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
<i>Katalog</i>				<i>Katalog</i>				<i>Katalog</i>			
4141	Vitamin A	360	41,04	<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
4142	Vitamin E	570	64,98	<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
<i>Katalog</i>				<i>Katalog</i>				<i>Katalog</i>			
4144	25-Hydroxy-Vitamin D			<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
4145	Vitamin B1			<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
4146	Vitamin B6			<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
4147	Vitamin K			<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>				<i>Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie</i>			
18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen				19. Antikörper gegen Bakterienantigene				20. Antikörper gegen Virusantigene			
<i>Untersuchung, Ligandenassay</i>				<i>Allgemeine Bestimmung</i>				<i>Allgemeine Bestimmung</i>			
<i>Katalog</i>				<i>Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Ge- bühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungs- methode ist nicht zulässig.</i>				<i>Allgemeine Bestimmung</i>			
4150	Amikacin	250	28,50	<i>Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion</i>				<i>Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay</i>			
4151	Amphetamin			<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4152	Azetaminophen			<i>4220 Borrelia burgdorferi</i>				<i>4286 Borrelia burgdorferi</i>			
4153	Barbiturate			<i>4221 Brucellen</i>				<i>4287 Campylobacter</i>			
4154	Benzodiazepine			<i>4222 Campylobacter</i>				<i>4288 Coxiella burneti</i>			
4155	Cannabinoide			<i>4223 Francisellen</i>				<i>4289 Leptospiren</i>			
4156	Carbamazepin			<i>4224 Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ</i>				<i>4290 Mycoplasma pneumoniae</i>			
4157	Chinidin			<i>4225 Leptospiren</i>				<i>4291 Ähnliche Untersuchungen</i>			
4158	Cocainmetabolite			<i>4226 Listerien, je Typ</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4160	Desipramin			<i>4227 Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)</i>				<i>Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden</i>			
4161	Digitoxin			<i>4228 Salmonellen-H-Antigene</i>				<i>Katalog</i>			
4162	Digoxin			<i>4229 Salmonellen-O-Antigene</i>				<i>4293 Streptolysin, Immundiffusion</i>			
4163	Disopyramid			<i>4230 Staphylolysin</i>				<i>4294 Streptolysin, Hämolysehemmung</i>			
4164	Ethosuximid			<i>4231 Streptolysin</i>				<i>4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion</i>			
4165	Flecainid			<i>4232 Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)</i>				<i>4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell</i>			
4166	Gentamicin			<i>4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ</i>				<i>4297 Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell</i>			
4167	Lidocain			<i>4234 Ähnliche Untersuchungen</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4168	Methadon			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4169	Methotrexat			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4170	N-Azetylprocainamid			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4171	Netilmicin			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4172	Opiate			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4173	Phenobarbital			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4174	Phenytoin			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4175	Primidon			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4176	Propaphenon			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4177	Salizylat			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
5315	Die Leistung nach Nr. 5313 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig. Angiokardiographie einseitig, eine Serie	2200	250,80	5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	68,40		Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5316	Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Angiokardiographie beidseitig, eine Serie	3000	342,—	5348	Dilatation, Koronararterien	3800	433,20	5361	Transhepatische Drainage/Dilatation von Gallengängen	2600	296,40
5317	Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig.	400	45,60		Neben der Leistung nach Nr. 5348 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5348 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5348 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5348 neben einer Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.	500	57,—		Neben der Leistung nach Nr. 5361 sind die Leistungen nach den Nrn. 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
5318	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder 5316, je Serie Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt	600	68,40	5349	Zuschlag zu Nr. 5348, Dilatation mehr als eine Koronararterie, insgesamt	1000	114,—		7. Computertomographie		
5324	Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig. Koronarangiographie, ein Herzkranzgefäß, eine Serie	2400	273,60		Neben der Leistung nach Nr. 5349 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.	500	57,—	5369	Höchstwert für Nrn. 5370 bis 5374	3000	342,—
5325	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie	3000	342,—	5351	Lysebehandlung, mehr als einer Stunde, Einzelbehandlung oder ergänzend zu Nrn. 2826, 5345 oder 5348	500	57,—		Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.		
5326	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	45,60	5352	Zuschlag zu Nr. 5351, Lysebehandlung Hirnarterien	1000	114,—	5370	CT, Kopf	2000	228,—
5327	Zweite bis fünfte Serie, je Serie Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	114,—	5353	Dilatation, Venen	2000	228,—	5371	CT, Hals/Thorax	2300	262,20
5328	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig. Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik	1200	136,80		Neben der Leistung nach Nr. 5353 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.	500	57,—	5372	CT, Abdomen	2600	296,40
5329	Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	200	22,80	5354	Zuschlag zu Nr. 5353, Dilatation mehr als zwei Venen, insgesamt	200	22,80	5373	CT, Skelett	1900	216,60
5330	Venographie, Brust/Bauch	1600	182,40		Neben der Leistung nach Nr. 5354 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.	2000	228,—	5374	CT, Zwischenwirbelräume	1900	216,60
5331	Venographie, Extremität	750	85,50	5355	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation von Arterien	2000	228,—	5375	CT, Aorta	2000	228,—
5333	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	22,80		Neben der Leistung nach Nr. 5355 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.	2500	285,—	5376	Ergänzende CT, Xenon/High-Resolution-Technik/Zusatz-Kontrastmittelgabe, zusätzlich zu Nrn. 5370 bis 5375	500	57,—
5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung	800	91,20	5356	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation einer Koronararterie	2500	285,—	5377	Zuschlag, computergesteuerte Analyse	800	91,20
5338	Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.	1000	114,—		Neben der Leistung nach Nr. 5356 ist die Leistung nach Nr. 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.	2000	228,—	5378	Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. CT zur Bestrahlungsplanung /interventionellen Maßnahmen	1000	114,—
5339	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt	250	28,50	5357	Embolisation von Arterien, je Gefäßgebiet	3500	399,—		Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.		
6. Interventionelle Maßnahmen				5358	Embolisation von Arterien, Kopf/Hals/Spinalkanal, je Gefäßgebiet	4500	513,—	5380	Osteodensitometrie, mit CT/digitaler Röntgentechnik	300	34,20
Allgemeine Bestimmung					Neben der Leistung nach Nr. 5358 sind die Leistungen nach den Nrn. 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.	2500	285,—	II. Nuklearmedizin			
Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.				5359	Embolisation der Vena spermatica	2500	285,—	Allgemeine Bestimmungen			
5345	Dilatation, Arterien	2800	319,20		Neben der Leistung nach Nr. 5359 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.	2000	228,—	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.			
	Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.			5360	Embolisation von Venen	2000	228,—	2. Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.			
					Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befunden) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.			
					Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbewahrung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.			
					Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht 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, so weit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.			
					Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der intraarteriellen, intralymphatischen, endoskopischen oder operati-			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM	
3.	lungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.			5813	Hochvoltstrahlenbehandlung, Hypophysentumor/endokrine Orbitopathie, je Fraktion	900	102,60	5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	171,—	
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.			3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)				5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozessrechner, je Bestrahlungsserie	2000	228,—	
1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen				Allgemeine Bestimmungen				5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	34,20	
5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	28,50	Die Leistungen nach den Nrn. 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muss diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich. 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.				5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	114,—	
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5800 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>				5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	171,—	5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	239,40	
Orthovoltstrahlenbehandlung				<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5831 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>				5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken				
5802	Bestrahlung, je Fraktion	200	22,80	Die Leistungen nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.				5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation	6900	786,60	
5803	Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion	100	11,40	5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnittszeichnung, je Bestrahlungsserie	500	57,—	5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	114,—	
<i>Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	228,—	
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	114,—	5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozessrechner, je Bestrahlungsserie	2000	228,—	5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	283,86	
5806	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion	2000	228,—	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				
2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung				5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät, je Fraktion	720	82,08	P. SEKTIONSLEISTUNGEN				
5810	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	22,80	5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	13,68	6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	194,94	
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 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>				5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	114,—	6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/ umfangreich	2300	262,20	
5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion	190	21,66	5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	13,68	6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	364,80	
<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>				4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden				6003	Teilweise innere Leichenschau	739	84,25	
				Allgemeine Bestimmungen				6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	45,60	
				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.				6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	27,59	
								6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau, je Knochen	300	34,20	
								6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau	1045	119,13	
								6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven/Rückenmark/Gehirn nach innerer Leichenschau	300	34,20	

