

HALLESCHE Krankenversicherung - 70166 Stuttgart
Frau
Xojegfjae Bcblügl-Lkjfage
Hohe Birke 12
15749 Mittenwalde

Hallesche
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit
70166 Stuttgart
Service-Telefon: 0711 6603-6603
Montag - Freitag von 8 - 20 Uhr

Telefax: 0711 6603-333
service@hallesche.de
www.hallesche.de

Versicherungsnummer:
05/61/1.643793.5
-bitte immer angeben-

Datum
07.05.2024

TEST SOMA PDF embedded

Sehr geehrte Frau Bcblügl-Lkjfage,
anbei erhalten Sie Unterlagen.

- SOMA-PDF: MG 236, 20 Seiten, 0,320 MB
- SOMA-PDF: LG-Sonst 003, 40 Seiten, 0,840 MB

Haben Sie noch Fragen? Bitte rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre HALLESCHE
Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach ZbKV-Tarifen der Einzelversicherung (AVB/ZbKV KT 2022)

Fassung Januar 2024

Inhalt

§ 1	Welchen Schutz bietet diese Versicherung?.....2	§ 10	Wann können wir die Beiträge und die Versicherungsbedingungen ändern?.....10
§ 2	Wie sind die Regelungen während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag? ...3	§ 11	Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?10
§ 3	Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....3	§ 12	Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?11
§ 4	Was leisten wir im Versicherungsfall?4	§ 13	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?.....11
§ 5	Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?6	§ 14	Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?12
§ 6	Wie erfolgt die Erstattung im Versicherungsfall?8	§ 15	In welchen sonstigen Fällen endet der Vertrag?12
§ 7	Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?8	§ 16	Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?.....14
§ 8	Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?.....9	§ 17	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?14
§ 9	Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?.....10		Fachbegriffe15
			Anhang - Gesetzestexte18

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?

(1) Mit wem schließen Sie die Versicherung ab und in welchen Fällen gilt sie?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Stuttgart. Sie sind unser Vertragspartner, der so genannte Versicherungsnehmer. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch der Versicherte. Sie können auch andere Personen (mit)versichert haben. Diese bezeichnen wir ebenfalls als Versicherte.

Eine Versicherung nach diesen Bedingungen ist im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung nach Gruppenversicherungstarifen der betrieblichen Krankenzusatzversicherung (bKV oder ZbKV/Gruppe) oder im Rahmen einer Mitversicherung von Neugeborenen möglich.

Um die Allgemeinen Versicherungsbedingungen leicht lesbar zu machen, verwenden wir in der Regel die männliche Schreibweise. Gemeint ist damit immer auch die weibliche Form.

(2) Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Wir zahlen im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

Was wir jeweils genau leisten, lesen Sie bitte in Ihrem Tarif.

(3) Was ist ein ➤Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige ➤Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines ➤Unfalls, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Wir leisten auch bei Teilarbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben für bis zu 8 Wochen. Diese Leistung wird nur für Arbeitnehmer mit einem festen Anstellungsverhältnis erbracht, für die bei uns eine Krankheitskostenvollversicherung für ambulante und stationäre Behandlung besteht. Eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben liegt vor,

- wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen (vgl. vorherigen Absatz) von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit wieder stufenweise aufgenommen wird und
- solange eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50%, welche vom Arzt zu bescheinigen ist, besteht.

Das vom Arbeitgeber gezahlte Entgelt wird auf das Krankentagegeld angerechnet.

(4) Ist der Versicherte auch im Ausland versichert?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland zahlen wir für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden. Der Versicherungsschutz kann über diesen Rahmen hinaus ausgedehnt werden. Hierzu ist eine vorherige schriftliche Vereinbarung, gegebenenfalls auch über ➤besondere Bedingungen erforderlich.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, zahlen wir für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in ei-

nem öffentlichen Krankenhaus. Ferner verpflichten wir uns auf Antrag eine besondere Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen. Auf Antrag wird das Versicherungsverhältnis auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Der Abschluss dieser besonderen Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bzw. die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes (Wegzug) in einen anderen als den oben genannten Staaten gilt ab Beginn des Auslandsaufenthaltes § 15 5. Punkt dieser Bedingungen.

(5) Wo ist der Umfang des Versicherungsschutzes geregelt?

Die Grundlagen Ihres Vertrages sind

- Ihr ➤ Versicherungsschein,
- Ihr Tarif,
- diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach ZbKV-Tarifen der Einzelversicherung,
- die gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland und
- die schriftlichen Vereinbarungen, die wir mit Ihnen treffen.

§ 2 Wie sind die Regelungen während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag?

Versicherungsfall (siehe § 1(3)) ist auch der Verdienstausschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 3 bis 17 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

Wir zahlen für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursach-

ten Verdienstausschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende ➤ Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang).

Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Wann ist Ihr Vertrag geschlossen und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Vertrag kann nur im unmittelbaren Anschluss an eine zuvor bestandene betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-, ZbKV- oder ZbKVA-Gruppentarifen unter Wahrung der Frist für die Beantragung der ➤ Weiterversicherung in der Einzelversicherung fortgeführt werden. Dabei darf der Umfang des Versicherungsschutzes in der Einzelversicherung nicht höher sein, als er es in der Gruppenversicherung war.

Bei einer Weiterversicherung außerhalb der ZbKV- und ZbKVA-Tarife wird rückwirkend zum Beginn des Versicherungsverhältnisses eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, findet zudem eine Gesundheitsprüfung zum Zeitpunkt der Weiterversicherung statt. Aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung

kann ein ➤Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss erklärt werden.

Der Vertrag in der Einzelversicherung ist geschlossen, wenn Ihnen der ➤Versicherungsschein oder eine schriftliche Erklärung über die Annahme zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsschutz beginnt jedoch

- nicht, bevor Sie den Vertrag abgeschlossen haben und
- nicht, bevor die ➤Wartezeit abgelaufen ist.

Ist zum Zeitpunkt der Beantragung der Weiterversicherung nach Tarifen der Einzelversicherung der Versicherungsfall eingetreten, leisten wir im tariflich vereinbarten Umfang, soweit die Voraussetzungen nach § 3(1) Satz 1 erfüllt sind.

(2) Was ist eine ➤Wartezeit?

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Versicherungsschutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Die besonderen Wartezeiten betragen für Schwangerschaft und Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Die allgemeinen Wartezeiten gelten nicht bei Unfällen.

Wir verzichten auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine ➤Krankheitskostenvollversicherung bei der Hallesche Krankenversicherung besteht.

Wenn Sie die Weiterversicherung aus einer vorangegangenen ➤Gruppenversicherung fristgerecht innerhalb von zwei Monaten beantragt haben, wird die Zeit, während der Sie dort ununterbrochen versichert waren, auf die Wartezeit angerechnet.

In Tarif ZbKV-KT3K entfallen die besonderen Wartezeiten.

Erfolgt die Weiterversicherung nach Tarif ZbKV-KTAN im unmittelbaren Anschluss an die Versicherung im Tarif bKV-KT, entfallen die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.

Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Was leisten wir im ➤Versicherungsfall?

Was und wie lange wir leisten, lesen Sie in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in Ihrem Tarif.

(1) Wie hoch darf das versicherte Krankentagegeld sein?

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende ➤Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Als Nettoeinkommen gilt:

- a) für Arbeitnehmer: 80% der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn). Hierbei werden ausschließlich Geldleistungen des Arbeitgebers berücksichtigt, soweit diese vertraglich vereinbart sind und dem Arbeitnehmer regelmäßig – mindestens jährlich – bezahlt werden,
- b) für selbstständig Tätige (z.B. Gewerbetreibende und Angehörige freier Berufe einschließlich niedergelassener Ärzte und Zahnärzte): 80% des einkommensteuerrechtlichen Gewinns aus dieser selbstständigen Tätigkeit (ermittelt nach Betriebsvermögensvergleich oder Einnahmen-Überschuss-Rechnung).

Weist der Versicherungsnehmer uns nach, dass die auf den Bruttoarbeitslohn gemäß a) bzw. den Gewinn gemäß b) entfallende Steuer geringer als die zugrunde gelegte Pauschale von 20% ist, kann er verlangen, dass bei der Berechnung des Nettoeinkommens diese tatsächliche Steuerbelastung maßgeblich ist.

Sie sind verpflichtet, uns ➤unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, können wir, auch wenn der Versicherungsfall

bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate, bevor wir Kenntnis von der Einkommensminderung erlangen, der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebend.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Abs. 2 nach der Definition gemäß diesen Bedingungen (vgl. Fachbegriffe). Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung an bei Ihnen wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Im Versicherungsfall können wir von Ihnen geeignete Nachweise zur Höhe des Nettoeinkommens verlangen (z.B. Gehaltsabrechnungen oder Berechnungen zur Gewinnermittlung durch einen in Deutschland bestellten Steuerberater).

Erhöht sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit, so kann das Krankentagegeld im Verhältnis der Steigerung des Nettoeinkommens auf Antrag höher versichert werden. Verkürzt sich bei Arbeitnehmern die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit, so kann Versicherungsschutz in einer Tarifestufe mit entsprechend kürzerer ➤Karenzzeit beantragt werden. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er innerhalb von 2 Monaten zum nächsten Monatsersten gestellt wird. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an wird die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, soweit hierfür im Rahmen des bisher versicherten Krankentagegeldes Leistungspflicht besteht.

Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist auf Verlangen nachzuweisen (z.B. durch Gehaltsabrechnungen oder Berechnungen zur Gewinnermittlung durch einen in Deutschland bestellten Steuerberater). Ebenfalls auf Verlangen nachzuweisen ist die Verkürzung der Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Im Falle der Beendigung eines Arbeitsmervverhältnisses und Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit gilt die Regelung über die Verkürzung der Karenzzeiten bei einer Änderung der Entgeltfortzahlungsdauer bei Arbeitnehmern sinngemäß.

Verlängert sich der Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts auf einen Zeitraum, der über die vertraglich vereinbarte Karenzzeit hinausgeht, kann der Versicherer die Karenzzeit der Entgeltfortzahlungsdauer anpassen. Die Anpassung wird mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis des Versicherers von dem veränderten Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts vorgenommen.

Eintritt und Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit sollten auf Vordrucken des Versicherers bescheinigt werden.

Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Der Versicherte kann unter staatlich zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei wählen.

Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(3) Unter welchen Krankenhäusern kann der Versicherte wählen?

Wenn der Versicherte aus medizinisch notwendigen Gründen stationär behandelt werden muss, kann er das Krankenhaus frei wählen. (Ausnahme bei Auslandsaufenthalt siehe § 1(4)). Das Krankenhaus muss allerdings folgende Bedingungen erfüllen: Es muss

- ständig ärztlich geleitet sein,

- über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um Krankheiten festzustellen und zu behandeln und
- den Verlauf der Krankheit schriftlich festhalten.

(4) Was müssen Sie bei sogenannten gemischten Anstalten beachten?

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 3 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Eine schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich,

- wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder
- wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder
- wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder
- für die ersten 3 Wochen einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB), welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt und in einer Einrichtung erfolgt, welche von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige AHB zugelassen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass ein Antrag auf Leistungen bei einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, sofern dieser dem Grunde nach leistungspflichtig ist, vor Beginn der AHB schriftlich gestellt und beschieden wurde.

Bei Tbc-Erkrankungen leisten wir in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

(5) Welche Rechte haben Sie bezüglich Gutachten?

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der

Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15, 2. Punkt), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

§ 5 Wann leisten wir nicht oder eingeschränkt?

(1) Wann leisten wir nicht?

In den folgenden Fällen leisten wir nicht:

- Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegseignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Davon ausgenommen sind Kriegseignisse im Ausland, wenn
 - a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, oder
 - b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet unverzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B. vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter erheblicher Gefährdung der eigenen Person möglich ist.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht als Kriegseignis.

- Für Krankheiten und ➤Unfälle, die der Versicherte ➤vorsätzlich herbeigeführt hat sowie deren Folgen.
- Für Entzugsbehandlungen. Jedoch wird bei der ersten stationären Entziehungsmaßnahme geleistet, wenn und soweit der Versicherer die Leistung vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Leistung ist unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche auf Krankentagegeld und Lohnersatzleistungen begrenzt auf 80% des Nettoeinkommens. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die

Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden.

- Ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Dies gilt nur während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige.
- Während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den im vorangegangenen Aufzählungspunkt genannten Ereignissen steht.
- Wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des 7. Aufzählungspunktes – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4(3) und (4)). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt. Dies gilt nicht,
 - a) wenn wir Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt haben, oder
 - b) wenn uns ein anderweitiger Aufenthalt in Deutschland sowie dessen voraussichtliche Dauer vorab in Textform mitgeteilt wird, die versicherte Person dort postalisch erreichbar ist und zum Zeitpunkt der Mitteilung kein Nachuntersuchungstermin anberaumt ist.
- Während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. Ausgenommen davon sind stationäre Behandlung in einem Sanatorium, sofern und solange der medizinische Befund eine Arbeitsunfähigkeit begründet und dem Sanatoriumsaufenthalt eine mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeit unmittelbar vorausgegangen ist. Gleiches gilt bei Rehabilitationsmaßnahmen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers. Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld und Übergangsgeld werden auf das Krankentagegeld ange-

rechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem Krankentagegeld das Nettoeinkommen nach § 4(1) Abs. 2 dieser Bedingungen übersteigen.

- Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt,
 - a) wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen ➤Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist;
 - b) für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung in einem Heilbad oder Kurort;
 - c) wenn wir Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt haben;
 - d) wenn uns ein anderweitiger Aufenthalt in Deutschland sowie dessen voraussichtliche Dauer vorab in Textform mitgeteilt wird, die versicherte Person dort postalisch erreichbar ist und zum Zeitpunkt der Mitteilung kein Nachuntersuchungstermin anberaumt ist.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsverhältnisses im Rahmen der ➤Gruppenversicherung eingetreten waren, wurde ab Beginn des Versicherungsschutzes geleistet. Im Rahmen der Weiterversicherung in der Einzelversicherung gilt weiterhin der Ausschluss für eine bereits vor Beginn des Versicherungsverhältnisses bestehende Arbeitsunfähigkeit.

Unter Beginn des Versicherungsverhältnisses ist jeweils der Beginn des Versicherungsverhältnisses in den (Z)bKV-Krankentagegeld-Tarifen in der Gruppenversicherung zu verstehen.

Wurde für die Dauer des Versicherungsschutzes im Gruppenversicherungsvertrag auf ➤Besondere Bedingungen (z.B. ➤Risikozuschlag, Leistungsausschluss, Leistungseinschränkung) verzichtet, so werden diese mit der Weiterversicherung wirksam.

§ 6 Wie erfolgt die Erstattung im ➤Versicherungsfall?

(1) Welche Nachweise und Angaben benötigen wir, damit wir leisten können?

Solange Sie die von uns geforderten Nachweise nicht erbringen, müssen wir nicht leisten. Wenn wir leisten, werden die Nachweise unser Eigentum. Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich ausgezahlt.

Welche weiteren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit wir Ihnen die Leistung ausbezahlen können, lesen Sie in § 14 VVG. Diesen finden Sie im Anhang.

(2) An wen leisten wir?

Wir leisten an Sie als Versicherungsnehmer. Möchten Sie, dass wir an den Versicherten leisten, teilen Sie uns dies bitte in ➤Textform mit.

Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Versicherungsverhältnisse; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(3) Welche Kosten können wir von der Leistung abziehen?

Wir können folgende Kosten abziehen:

- Kosten für die Überweisung in das Ausland, wenn Sie uns kein Inlandskonto benennen;
- Kosten für Übersetzungen.

§ 7 Welche Pflichten müssen Sie beachten, wenn wir leisten sollen? Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

(1) Welche Pflichten müssen Sie beachten?

Wir können Folgendes verlangen:

- Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist uns unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, nachzuweisen (§ 4(2)). Geht uns der Nachweis verspätet zu, kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 7(2) Abs. 1 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist uns innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Frist wird dem Versicherten jeweils im Versicherungsfall mitgeteilt. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist binnen drei Tagen anzuzeigen. Der Eintritt der völ-

ligen Arbeitsunfähigkeit ist uns spätestens bis zum Tage des festgelegten Leistungsbeginns anzuzeigen. Die ärztliche Bescheinigung muss auch die Bezeichnung der Krankheit enthalten.

- Sie und der nach § 6(2) empfangsberechtigte Versicherte müssen uns jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um feststellen zu können,
 - ob ein ➤Versicherungsfall vorliegt und
 - ob und in welchem Umfang wir leisten.
- Der Versicherte muss sich von einem Arzt untersuchen lassen, den wir beauftragen.
- Der Versicherte
 - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern,
 - für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen
 - ärztliche Weisungen zu befolgen und
 - darf nichts tun, was die Genesung behindert.
- Jeder Berufswechsel des Versicherten ist unverzüglich anzuzeigen.
- Wird für einen Versicherten eine weitere Versicherung mit ➤gleichartigem Versicherungsschutz abgeschlossen oder eine anderweitig bestehende Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld erhöht, müssen Sie uns darüber ➤unverzüglich informieren.

(2) Was geschieht, wenn Sie diese Pflichten verletzen?

Wenn eine dieser Pflichten verletzt wird, sind wir ganz oder teilweise leistungsfrei. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang).

Für den Fall, dass

- ein Berufswechsel stattgefunden hat oder
- Sie ohne unsere Einwilligung eine weitere Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld abgeschlossen oder erhöht haben,

können wir auch kündigen. Hierbei beachten wir § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang).

Wir können dann innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Pflichtverletzung erfahren haben, fristlos kündigen.

Die Kenntnis oder das Verschulden des Versicherten rechnen wir Ihnen zu.

(3) Was müssen Sie beachten, wenn die Versicherungsfähigkeit entfällt?

Fällt eine im Tarif bestimmte Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weg oder tritt Berufsunfähigkeit ein, ist uns das unverzüglich anzuzeigen. Erlangen wir von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, sind beide Seiten verpflichtet, die Leistungen, die nach dem Ende des Versicherungsverhältnisses noch erbracht wurden, zurückzugewähren.

§ 8 Wie berechnen wir die Beiträge und wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

(1) Wie berechnen wir die Beiträge?

Ihre Versicherung ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet, dass keine Rückstellungen für das Alter angespart werden.

Die Beiträge sind deshalb abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Die Berechnung der Beiträge unterliegt gesetzlichen Vorgaben und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Ändern sich die Beiträge, z.B. weil Sie den Versicherungsschutz ändern, berücksichtigen wir das Alter des Versicherten zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

Wenn sich die Beiträge ändern, können wir auch mit Ihnen vereinbarte ➤ Risikozuschläge entsprechend ändern.

Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und dann ein höheres Risiko besteht, steht uns ein angemessener Zuschlag zu. Diesen erheben wir zusätzlich zum Beitrag nur für den hinzukommenden Versicherungsschutz.

Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

Für Tarif ZbKV-KTAN gilt eine 5-jährige Versicherungsperiode auf Basis des Jahres, in dem die ursprüngliche bKV-Vereinbarung erstmals beim Gruppenvertragspartner eingerichtet wurde. Unter einer 5-jährigen Versicherungsperiode wird das Beginnjahr der erstmaligen bKV-Vereinbarung beim Gruppenvertragspartner plus das jeweils Vielfache von fünf verstanden. Erfolgt eine Weiterversicherung in der Einzelversicherung des jeweiligen ZbKV-Tarifs, wird die Versicherungsperi-

ode entsprechend der im Gruppenversicherungsvertrag bestandenem Versicherungsperiode fortgeführt.

Wir weisen die Beiträge in separaten Beitragsblättern aus.

Zahlen Sie Ihren Beitrag jährlich, erhalten Sie einen Nachlass von 3%.

(2) Wann müssen Sie die Beiträge bezahlen?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, den Sie zu Beginn eines jeden ➤ Versicherungsjahres bezahlen müssen. Sie können ihn aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlen. Wir stunden Ihnen in diesem Fall die Beitragsraten jeweils bis zu ihrer Fälligkeit am Ersten eines jeden Monats. Sie müssen auf das Konto einzahlen, das wir Ihnen nennen.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres,

- müssen Sie die Differenz von dem Zeitpunkt der Änderung bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw.
- wir zahlen Ihnen diese Differenz zurück, wenn wir den Beitrag senken.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt. Wurde der Vertrag danach geschlossen, ab diesem späteren Zeitpunkt.

Zahlen Sie den ersten oder einen folgenden Beitrag nicht rechtzeitig,

- können Sie den Versicherungsschutz verlieren und
- wir können den Vertrag beenden.

Hierbei beachten wir §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang).

Wird der Vertrag oder ein Vertragsteil vor Ablauf seiner Laufzeit beendet, steht uns der Beitrag nur für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand. Beenden wir den Vertrag, indem wir

- nach § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) wegen Verletzung der ➤ Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder
 - ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten oder
 - ihn außerordentlich kündigen,
- steht uns der Beitrag zu, bis der Rücktritt, die Anfechtung oder die Kündigung wirksam wird.

Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die Beitragsrate nicht rechtzeitig bezahlt haben, verlangen wir eine angemessene Gebühr.

§ 9 Wann können Sie gegen unsere Forderungen aufrechnen?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen,

- soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder
- rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht, Beiträge zu bezahlen, können Sie als Mitglied eines Versicherungsver eins nicht aufrechnen.

§ 10 Wann können wir die Beiträge und die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Wann können wir die Beiträge ändern?

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diese Tarife die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 10% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser ➤Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Bei einer Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen können alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Änderungen teilt der Versicherer jeweils in Textform mit und werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Änderungsmitteilung mit den dafür maßgeblichen Gründen folgt.

(2) Wann können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Versicherungsbedingungen und die

Tariffbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen.

Dies setzt voraus, dass die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden wirksam mit dem Beginn des zweiten Monats, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurde.

Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder
- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

§ 11 Wann und wie können Sie den Versicherungsschutz ändern?

Sie können einen Wechsel der Versicherung in einen ➤gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern

- der Versicherte in dem neuen Tarif versichert werden kann und
- der neue Tarif ebenfalls unabhängig vom Geschlecht kalkuliert ist.

Wir nehmen den Antrag auf Wechsel in angemessener Frist an. Hierbei rechnen wir die erworbenen Rechte an.

Ist der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender, können wir insoweit

- einen ➤Risikozuschlag (siehe § 8(1) Abs. 4 dieser Bedingungen) verlangen oder

- einen Ausschluss der Leistungen vereinbaren.

Zusätzlich gilt für den neu hinzu gekommenen Schutz eine ➤Wartezeit, wenn der neue Tarif dies vorsieht.

§ 12 Wann endet der Vertrag und wann endet der Versicherungsschutz?

(1) Wann endet der Vertrag?

Der Vertrag endet, sofern

- Sie den Vertrag kündigen. Weitere Informationen dazu lesen Sie in § 13.
- wir den Vertrag kündigen. Lesen Sie bitte hierzu § 14.

Weitere Beendigungsgründe sind in § 15 geregelt.

(2) Wann endet der Versicherungsschutz?

Soweit der Vertrag endet, endet auch der Versicherungsschutz. Dies gilt auch für laufende Versicherungsfälle.

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14(1), so endet der Versicherungsschutz für laufende Versicherungsfälle erst dreißig Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 13 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden ➤Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Sie können Ihre Kündigung auch auf einzelne Versicherte oder Tarife beschränken.

Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende ➤Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwart-

schaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. In diesem Fall steht uns der Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Bei fristgerechter Kündigung endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf weisen wir Sie in der Kündigungsbestätigung hin.

Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von 6 Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.

Die Versicherungspflicht in einem der in § 1(5) dieser Bedingungen genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13(2) gleich.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen der unter § 1(5) genannten Staaten kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis innerhalb von 2 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts kündigen.

Darüber hinaus können Sie den Tarif desjenigen Versicherten kündigen, für den

- wir gemäß § 10 die Beiträge erhöhen oder unsere Leistungen vermindern. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Zugang unserer Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung tun.

- sich der Beitrag erhöht, weil er eine höhere Altersgruppe erreicht hat. Dann können Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Erhöhung rückwirkend zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Beenden wir den Vertrag durch Kündigung, Rücktritt oder Anfechtung nur für einzelne Versicherte oder Tarife, können Sie die Aufhebung des übrigen Teils des Vertrages verlangen. Dies müssen Sie innerhalb von zwei Wochen tun, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist,

- bei Rücktritt oder Anfechtung durch uns mit Wirkung zum Ende des Monats, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist bzw.
- bei Kündigung durch uns mit Wirkung zu dem Zeitpunkt, in dem unsere Kündigung wirksam wurde oder wird.

Kündigen Sie den Vertrag für einzelne Versicherte oder insgesamt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung fortzusetzen, wenn

- die Versicherten einen neuen Versicherungsnehmer bestimmen und
- diese uns dies innerhalb von zwei Monaten mitteilen, nachdem Sie gekündigt haben.

Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass die betroffenen Versicherten hiervon Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Wann können wir Ihren Vertrag kündigen?

Wir verzichten auf das Recht, Ihren Vertrag ordentlich zu kündigen.

Deshalb können wir nur nach den gesetzlichen Bestimmungen außerordentlich kündigen. Dabei können wir uns auch auf einzelne Versicherte, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränken.

Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen ►Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf 10 Jahre.

Sofern Sie die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können wir innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13(2).

§ 15 In welchen sonstigen Fällen endet der Vertrag?

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die ►Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung. Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist auf 9 Monate. Dauert die Arbeitslosigkeit länger, so wird nach Ablauf der 9 Monate bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber für 3 weitere Monate, 50% des versicherten Tagegeldes gezahlt, jedoch höchstens 25 € täglich. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis;
- mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Ist wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein Rentenantrag gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist noch nicht entschieden,

den, so wird im Fall eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles das Versicherungsverhältnis nicht beendet; nach Ablauf dieser Frist wird 50% des versicherten Krankentagegeldes, jedoch höchstens 25 € je Tag der Arbeitsunfähigkeit, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person den Rentenbescheid oder den Bescheid über die Ablehnung des Rentenantrags erhält, längstens jedoch für weitere 3 Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

Unbeschadet der Leistungen gemäß des vorangegangenen Absatzes, endet das Versicherungsverhältnis mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, mit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente für den bisher ausgeübten Beruf.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit hierfür erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Bedingungen abhängig machen.

Unter der Voraussetzung, dass weiterhin Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit bezogen wird, kann das Versicherungsverhältnis bei Berufsunfähigkeit auf Antrag weitergeführt werden;

- mit dem Bezug von Altersrente, spätestens sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
- mit Ihrem Tod. In diesem Fall können die Versicherten den Vertrag fortsetzen. Dazu müssen diese innerhalb von zwei Monaten nach Ihrem Tod einen neuen Versicherungsnehmer benennen. Stirbt ein Versicherter endet nur dessen Vertragsteil.
- bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1(4) genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis

aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Diese besondere Vereinbarung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Sie und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist. Ferner kann das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden. Die Fortsetzung eines Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung ist innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung, seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu beantragen.

Endet eine selbstständige berufliche Tätigkeit und besteht zu diesem Zeitpunkt Versicherungsschutz nach einer Tarifstufe, die selbstständige berufliche Tätigkeit voraussetzt, so hat der Versicherte das Recht, in eine Tarifstufe überzuwechseln, die ein festes Arbeitsverhältnis als Arbeitnehmer vorsieht.

Die Krankentagegeldversicherung endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens 6 Monate vor dem Ende der Versicherung hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von 2 Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. Hat der Versicherer den Versiche-

rungsnehmer nicht auf das Ende der Versicherung nach Satz 3 hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt; ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Die Sätze 2 und 4 gelten entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine solche Versicherung eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

Sie und Ihr Ehegatte können Ihre Vertragsteile selbstständig weiterführen,

- nachdem Sie geschieden sind oder
- wenn Sie getrennt leben.

Bei ➤Lebenspartnern handhaben wir dies entsprechend.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als den in § 1(4) 3. Absatz genannten wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaft umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

§ 16 Wie muss eine Mitteilung aussehen, die Sie an uns richten?

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der ➤Textform.

§ 17 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

(1) Wo können Sie eine Klage gegen uns einreichen?

Sie können eine Klage gegen uns bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem wir unseren Sitz haben,
- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(2) Wo können wir eine Klage gegen Sie einreichen?

Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen:

- in dem Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- in dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

(3) Wo können wir Klage einreichen, wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt haben oder uns dieser nicht bekannt ist?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und
Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
(BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. $2021 - 1990 = 31$. Ihr Alter bestimmt die Höhe des Beitrags.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat. Sinnvoll ist eine Anwartschaft z.B. für die Dauer eines längeren Auslandsaufenthaltes.

Anzeigepflicht

Wir können Versicherungsschutz nur dann gewähren, wenn wir das Krankheitskostenrisiko der Versicherten vorher genau kennen. Deshalb müssen Sie und die Versicherten alle gefahrerheblichen Einzelheiten, die für die Risikobeurteilung wichtig sind, anzeigen. Als „gefahrerheblich“ gelten alle Daten, nach denen wir im Versicherungsantrag fragen. Dazu zählen Angaben über Gesundheitszustand, Beruf, Alter sowie über anderweitig beantragten oder bestehenden Schutz.

Die vorvertragliche Anzeigepflicht endet mit der Abgabe des Antrags an uns.

Sollten wir zwischen Antragstellung und Vertragschluss noch einmal bei Ihnen nachfragen, gilt aber wieder Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht.

Beobachtungseinheit

Beobachtungseinheiten sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Besondere Bedingungen

Werden bei Abschluss einer Versicherung z.B. Beitragszuschläge oder Leistungsbeschränkungen vereinbart, bezeichnen wir diese als Besondere Bedingungen. Sie werden mit dem Versicherten schriftlich vereinbart.

Gleichartig

Gleichartig sind Tarife, die gleiche Leistungsbereiche umfassen. Leistungsbereiche sind z.B. Kostenerstattung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung oder
- Zahnbehandlung und Zahnersatz.

Dies gilt jeweils nur für Tarife innerhalb der Vollversicherung bzw. für Tarife innerhalb der Zusatzversicherung.

Gruppenversicherung

Unter einer Gruppenversicherung versteht man die Versicherung von mehreren Personen im Rahmen eines Gruppenvertrages, dessen Versicherungsnehmer eine juristische Person, z.B. eine Firma ist. Mitarbeiter, die zu diesem Gruppenvertrag angemeldet werden, sind versicherte Personen. Sie genießen im Rahmen einer Gruppenversicherung Vorteile, wie z.B. günstigere Beiträge.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Karenzzeit

Unter Karenzzeit versteht man den Zeitraum vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zu dem Tag, von dem an Krankentagegeld gezahlt wird. Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu.

Krankheitskostenvollversicherung

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für den Versicherten Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

Lebenspartner

Lebenspartner sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) eingegangen sind.

Nettoeinkommen

80% der einkommensteuerrechtlichen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn).

Risikozuschlag

Wenn ein Versicherter bestimmte Vorerkrankungen hat und deshalb ein höheres Risiko vorliegt, können wir zusätzlich einen Risikozuschlag verlangen.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“, d.h. „so schnell wie möglich“.

Versicherungsfähig

Jeder Tarif hat bestimmte Voraussetzungen, die der Versicherte erfüllen muss, um sich dort versichern zu können. Diese finden Sie im Tarif unter „Versicherungsfähigkeit“. Es kann z.B. sein, dass er in der GKV versichert sein muss. Liegen diese Voraussetzungen nicht mehr vor, dann endet seine Versicherung in diesem Tarif sofort.

Versicherungsfall

ist die medizinisch notwendige ➤Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder den Folgen eines ➤Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss. Je nach Tarif kann es andere Fälle geben, in denen Schutz besteht.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt ab dem Zeitpunkt, der im Versicherungsschein steht (Versicherungsbeginn) und endet nach einem Jahr. Beginnt die Versicherung z.B. am 1.4.2021, so beginnt das Versicherungsjahr am 1.4.2021 und endet am 31.3.2022.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist eine Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er verkörpert den Vertrag zwischen Ihnen und uns.

Vorsätzlich

Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie ein bestimmtes Ergebnis wollen oder den Eintritt eines Ergebnisses für sicher halten oder den Eintritt eines Ergebnisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Weiterversicherung

Unter Weiterversicherung versteht man den Wechsel aus einer Gruppenversicherung in eine Einzelversicherung zum Zweck der ununterbrochenen Fortführung des Versicherungsschutzes. Diese muss vom Versicherten ausdrücklich beantragt werden und innerhalb von 2 Monaten erfolgen.

Anhang - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Abs. 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versi-

cherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Abs. 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Ver-

sicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres ge-

stellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Mutterschutzgesetz [MuSchG]

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt.

Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Termin, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,

3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Abs. 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nr. 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

**mit verkürzten Leistungs-
bezeichnungen – Kurz-GOÄ –**

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

§ 1

Anwendungsbereich

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

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

§ 2

Abweichende Vereinbarung

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

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

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

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

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

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

1. Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,

2. Visiten nach den Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie

3. Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung, wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

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

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

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

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

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

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

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

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

zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

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

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

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

§ 5 a

Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24 b Abs. 4 des 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 Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

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

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

§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

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

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

§ 7

Entschädigungen

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

§ 8

Wegegeld

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

1. bis zu zwei Kilometern 3,58 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,65 Euro, bei Nacht 10,23 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 Euro, bei Nacht 15,34 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 15,34 Euro, bei Nacht 25,56 Euro.

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

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

§ 9

Reiseentschädigung

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 26 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 Euro je Tag,
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.
- (3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 10

Ersatz von Auslagen

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, 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

5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalsonden.

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

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

§ 12

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die 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 § 6 a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

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

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.
2. Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
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.

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.

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.

6. Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.

7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

8. Neben einer Leistung nach 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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro		
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen													
1	Beratung, auch telefonisch	80	4,66	<div>Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:<ul style="list-style-type: none">bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</div>					Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.				
2	Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen	30	1,75		D Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag				220	12,82			
Die Leistung nach Nr. 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.									Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.				
3	Eingehende Beratung, auch telefonisch	150	8,74		K 1 Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr				120	6,99			
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.													
4	Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en)	220	12,82	8	Ganzkörperstatus	260	15,15	III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen					
Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.				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.				20 Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten)				120	6,99
5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66	11	Digitaluntersuchung Mastdarm / Prostata	60	3,50	Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.					
Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.				15	Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken	300	17,49	21 Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung				360	20,98
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus)	100	5,83	Die Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 15 ist die Leistung nach Nr. 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nr. 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 21 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.					
Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere: <ul style="list-style-type: none">bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Nasennintern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;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;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. Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8				22 Eingehende Beratung einer Schwangeren				300	17,49
				Allgemeine Bestimmungen				Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.					
				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.				23 Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft				300	17,49
				A	Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde	70	4,08	Neben der Leistung nach Nr. 23 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.					
				Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.				24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf				200	11,66
				B	Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr	180	10,49	Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.					
				C	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	320	18,65	25 Neugeborenen-Erstuntersuchung				200	11,66
								Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.					
								26 Früherkennungsuntersuchung beim Kind				450	26,33
								Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal					

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.				nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.		
27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau	320	18,65					56	Verweilen, je angefangene halbe Stunde	180	10,49
	Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 27 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.								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.		
28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann	280	16,32					60	Konsiliarische Erörterung	120	6,99
	Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. 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.			46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91		Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben 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).		
29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen	440	25,65		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.			61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde	130	7,58
	Neben der Leistung nach Nr. 29 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 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.		
30	Homöopathischen Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde)	900	52,46					62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/ bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74
	Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.			48	Besuch, Pflegestation	120	6,99				
31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)	450	26,23		Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.						
	Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 31 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.			50	Besuch mit Beratung und Untersuchung	320	18,65				
32	Untersuchung nach Jugendarbeitschutzgesetz	400	23,31		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.						
33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49					51	Mitbesuch eines weiteren Kranken	250	14,57
	Die Leistung nach Nr. 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.				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.						
34	Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49					52	Besuch durch nichtärztliches Personal	100	5,83
	Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.				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.			55	Begleitung eines Patienten durch den Arzt	500	29,14
					Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen						
IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz				V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62							
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08	Allgemeine Bestimmungen							
				Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.							
				E Zuschlag, unverzüglich erfolgte							

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Ausführung	160	9,33		VII. Todesfeststellung				II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen		
	<i>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.</i>				Allgemeine Bestimmung				Allgemeine Bestimmungen		
					Beigibt 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.				Die Leistungen nach den Nrn. 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.		
F	Zuschlag, zwischen 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	260	15,15						Die Leistungen nach den Nrn. 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus. Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.		
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			100	Leichenschau	250	14,57		Die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
G	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	450	26,23	102	Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten	150	8,74				
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			104	Bulbusentnahme beim Toten	250	14,57				
	<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>			105	Hornhautentnahme aus einem Auge beim Toten	230	13,41				
H	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	340	19,82	107	Entnahme eines Herzschrittmachers beim Toten	220	12,82				
	<i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.</i>										
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>				C.						
J	Zuschlag, Belegarzt-Visite, je Tag	80	4,66		NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN						
K 2	Zuschlag zu den Nrn. 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99		I. Anlegen von Verbänden						
					Allgemeine Bestimmung				250	Blutentnahme, Vene	40 2,33
					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.				250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr	40 2,33
				200	Verband	45	2,62		251	Blutentnahme, Arterie	60 3,50
				201	Klebeverband des Brustkorbs	65	3,79		252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40 2,33
				204	Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskrawattenverband/ Kompressionsverband	95	5,54		253	Injektion, intravenös	70 4,08
				206	Tape-Verband, kleines Gelenk	70	4,08		254	Injektion, intraarteriell	80 4,66
				207	Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband	100	5,83		255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95 5,54
				208	Stärke- oder Gipsfixation	30	1,75		256	Injektion, Periduralraum	185 10,78
				209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung	150	8,74		257	Injektion, Subarachnoidalraum	400 23,31
				210	Kleiner Schienenverband	75	4,37		258	Injektion, intraaortal oder intrakardial (ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter)	180 10,49
				211	Kleiner Schienenverband, Wiederanlegung	60	3,50		259	Periduralkatheter	600 34,97
				212	Großer Schienenverband	160	9,33		260	Arterieller Katheter/ zentraler Venenkatheter	200 11,66
				213	Großer Schienenverband, Wiederanlegung	100	5,83				
				214	Abduktionsschienenverband	240	13,99			<i>Die Leistung nach Nr. 260 ist neben Leistungen nach den Nrn. 355 bis 361, 626 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i>	
70	Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33	217	Streckverband	230	13,41		261	Arzneimittleinbringung in parenteralen Katheter	30 1,75
75	Ausführlicher schriftlicher Bericht	130	7,58	218	Streckverband mit Extension	660	38,47				
	<i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>			225	Gipsfingerling	70	4,08			<i>Die Leistung nach Nr. 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>	
76	Schriftlicher, individueller Diätplan	70	4,08	227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49			<i>Wird die Leistung nach Nr. 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>	
77	Schriftliche, individuelle Planung/Leitung einer Kur	150	8,74	228	Gipsschienenverband oder Gipsparaffel	190	11,07		262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter	450 26,23
	<i>Die Leistung nach Nr. 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>			229	Gipsschienenverband, Wiederanlegung	130	7,58		263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung, je Sitzung	90 5,25
78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	180	10,49	230	Zirkulärer Gipsverband	300	17,49		264	Injektions-/Infiltrationsbehandlung, Prostata, je Sitzung	120 6,99
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	231	Zirkulärer Gehgipsverband, Unterschenkel	360	20,98		265	Auffüllung subkutanen Medikamentenreservoir/ Port-Spülung, je Sitzung	60 3,50
85	Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	232	Zirkulärer Gipsverband, zwei große Gelenke	430	25,06		265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90 5,25
90	Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch	120	6,99	235	Zirkulärer Gipsverband, Hals	750	43,72		266	Quaddelbehandlung, je Sitzung	60 3,50
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50	236	Zirkulärer Gipsverband, Rumpf	940	54,79		267	Infiltrationsbehandlung, eine Körperregion, je Sitzung	80 4,66
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17	237	Gips- oder Gipsschienenverband, zwei große Gelenke	370	21,57		268	Infiltrationsbehandlung, mehrere Körperregionen, je Sitzung	130 7,58
	<i>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.</i>			238	Gipsschienenverband, zwei große Gelenke, Wiederanlegung	200	11,66		269	Akupunktur zur Schmerzbehandlung, je Sitzung	200 11,66
				239	Gipsverband, Arm/Schulter oder Bein/Beckengürtel	750	43,72		269a	Akupunktur zur Schmerzbehandlung (Mindestdauer 20 Minuten), je Sitzung	350 20,40
				240	Gipsbett oder Nachtschale, Rumpf	940	54,79			<i>Neben der Leistung nach Nr. 269a ist die Leistung nach Nr. 269 nicht berechnungsfähig.</i>	
				245	Quengelverband	110	6,41				
				246	Abnahme zirkulärer Gipsverband	150	8,74				
				247	Abänderung (Fensterung, Spaltung, etc.) eines Gipsverbandes	110	6,41				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
270	Infusion, subkutan	80	4,66	III. Punktionen				beider Herzhälften			
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten	120	6,99	Allgemeine Bestimmung				<i>Die Leistung nach Nr. 356 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
272	Infusion, intravenös, mehr als 30 Minuten	180	10,49	Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.				<i>Wird die Leistung nach Nr. 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
273	Infusion, intravenös, beim Kind bis zum 4. Lebensjahr	180	10,49	300	Punktion, Gelenk	120	6,99				
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.</i>				301	Punktion, Ellenbogen-/Knie-/Wirbelgelenk	160	9,33				
<i>Werden die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>				302	Punktion, Schulter-/Hüftgelenk	250	14,57				
274	Dauertropfinfusion, intravenös, mehr als 6 Stunden	320	18,65	303	Punktion, Drüse/Schleimbeutel o.ä./Hämatom/Abszess	80	4,66	357	Kontrastmitteleinbringung, Brust-/Bauchaorta, je Sitzung	500	29,14
<i>Neben der Leistung nach Nr. 274 sind die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>				304	Punktion, Augenhöhle	160	9,33	<i>Wird die Leistung nach Nr. 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 351 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 90 Minuten	360	20,98	305	Punktion, Liquorräume	350	20,40				
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 6 Stunden	540	31,48	305a	Punktion, Liquorräume, durch Fontanelle	250	14,57				
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten	180	10,49	306	Punktion, Lunge/Gehirn	500	29,14				
278	Infusion, intraarteriell, mehr als 30 Minuten	240	13,99	307	Punktion, Pleuraraum/Bauchhöhle	250	14,57				
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49	308	Gewebeentnahme, Pleura	350	20,40				
280	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat	330	19,23	310	Punktion, Herzbeutel	350	20,40				
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 280 berechnungsfähig.</i>				311	Punktion, Knochenmark	200	11,66				
281	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat, beim Neugeborenen	450	26,23	312	Knochenstanze	300	17,49				
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 281 berechnungsfähig.</i>				314	Punktion, Mamma/Lymphknoten	120	6,99				
282	Transfusion, jede weitere Blutkonserve oder Blutpräparat	150	8,74	315	Punktion eines Organs	250	14,57				
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 282 berechnungsfähig.</i>				316	Punktion, Douglasraum	250	14,57				
283	Infusion, Aorta, beim Neugeborenen	500	29,14	317	Punktion, Adnexumtumor	350	20,40				
284	Eigenbluteinspritzung	90	5,25	318	Punktion, Harnblase/Wasserbruch	120	6,99				
285	Aderlass	110	6,41	319	Punktion, Prostata/Schilddrüse	200	11,66				
286	Reinfusion, erste Einheit Eigenblut/plasma	220	12,82	321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	50	2,91				
286a	Reinfusion, jede weitere Einheit Eigenblut/-plasma	100	5,83	IV. Kontrastmitteleinbringungen							
287	Blutaustauschtransfusion	800	46,63	Allgemeine Bestimmungen							
288	Entnahme einer Einheit Eigenblut	230	13,41	Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.							
289	Entnahme einer Einheit Eigenblut mit Aufbereitung	350	20,40	340	Kontrastmitteleinbringung, zerebrospinale Liquorräume	400	23,31				
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99	344	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, bis zu 10 Minuten	100	5,83				
291	Implantation von Hormonpresslingen	70	4,08	345	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, mehr als 10 Minuten	130	7,58				
297	Abstrich zur zytologischen Untersuchung	45	2,62	346	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, Hochdruckinjektion	300	17,49				
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				347	Weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringungen mittels Hochdruckinjektion	150	8,74				
298	Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung	40	2,33	350	Kontrastmitteleinbringung, intraarteriell	150	8,74				
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				351	Kontrastmitteleinbringung, Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14				
				<i>Die Leistung nach Nr. 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>							
				355	Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herz und herznahe Gefäße, je Sitzung	600	34,97				
				<i>Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>							
				<i>Wird die Leistung nach Nr. 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>							
				356	Zuschlag zu Nr. 355, Herzkatheter						
								V. Impfungen und Testungen			
								Allgemeine Bestimmungen			
								1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.			
								2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.			
								3. Neben den Leistungen nach den Nrn. 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpass nicht berechnungsfähig.			
								4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.			
								5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.			
								375	Schutzimpfung, intramuskulär/subkutan	80	4,66
								376	Schutzimpfung, oral und Beratung	80	4,66
								377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91
								378	Simultanimpfung, Wundstarrkrampf	120	6,99
								380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75
								381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test)	20	1,17
								382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test)	15	0,87

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.				nach den Nrn. 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.			433	Ausspülung des Magens	140	8,16
383	Kutane Testung	30	1,75					435	Stationäre Intensivmedizinische Überwachung und Behandlung, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46
384	Stempeltest	40	2,33	402	Zuschlag, transösophageale Untersuchung	250	14,57		Neben der Leistung nach Nr. 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nr. 435 berechnet werden.		
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62		Der Zuschlag nach Nr. 402 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.				Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nr. 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nr. 435 nicht berechnet.		
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test)	30	1,75	403	Zuschlag, transkavitäre Untersuchung	150	8,74		Mit der Gebühr für die Leistung nach Nr. 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.		
387	Pricktest, je Test (41. bis 80.)	20	1,17		Der Zuschlag nach Nr. 403 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.			437	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer	500	29,14
	Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.			404	Zuschlag, Frequenzspektrumanalyse	250	14,57		Neben der Leistung nach Nr. 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheits-erregern) – nicht berechnungsfähig.		
388	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04		Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.				VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen		
389	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46	405	Zuschlag zu Nrn. 415 oder 424, cw-Doppler	200	11,66		Allgemeine Bestimmungen		
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50	406	Zuschlag zu Nr. 424, Farbkodierung	200	11,66		1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachteile oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.		
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33	408	Transluminale Sonographie, je Sitzung	200	11,66		Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.		
	Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.			410	Ultraschalluntersuchung, ein Organ	200	11,66		2. Die Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
393	Nasaler/konjunkivaler Provokationstest, je Test	100	5,83		Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.				3. Die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen		
394	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 393, je Tag	300	17,49	412	Ultraschalluntersuchung, Schädel, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32		– nach den Nrn. 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,		
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	280	16,32	413	Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32		– nach den Nrn. 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,		
396	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 395, je Tag	560	32,64	415	Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge	300	17,49		– nach den Nrn. 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,		
397	Bronchialer Provokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15	417	Ultraschalluntersuchung, Schilddrüse	210	12,24		– nach den Nrn. 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622,		
398	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 397, je Tag	760	44,30	418	Ultraschalluntersuchung, Brustdrüse	210	12,24				
399	Oraler Provokationstest	200	11,66	420	Ultraschalluntersuchung, bis zu drei weiteren Organen, je Organ	80	4,66				
VI. Sonografische Leistungen					Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.						
Allgemeine Bestimmungen					Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.						
1.	Die Zuschläge nach den Nrn. 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.			422	Eindimensionale Echokardiographie	200	11,66				
2.	Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.			423	Zweidimensionale Echokardiographie – einschließlich Nr. 422 –	500	29,14				
3.	Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			424	Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließlich Nr. 423 –	700	40,80				
4.	Die Leistungen nach den Nrn. 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen							
5.	Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.			427	Apparative Beatmung, bis zu 12 Stunden	150	8,74				
6.	Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nrn. 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.			428	Apparative Beatmung, mehr als 12 Stunden, je Tag	220	12,82				
7.	Die sonografische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.				Neben den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.						
401	Zuschlag zu Nrn. 410 - 418, Duplex-Verfahren	400	23,31	429	Wiederbelebungsversuch	400	23,31				
	Der Zuschlag nach Nr. 401 ist neben den Leistungen			430	Elektro-Defibrillation/-Stimulation, Herz	400	23,31				
					Die Leistung nach Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.						
				431	Elektrokardioskopie	100	5,83				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
-	1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J, nach den Nrn. 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K, oder nach den Nrn. 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2497, 2452, 2454, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen. Die Zuschläge nach den Nrn. 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen. Die Zuschläge nach den Nrn. 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nrn. 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nrn. 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.		
4.	Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nrn. 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nrn. 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.		
5.	Die Leistungen nach den 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.		
6.	Die Zuschläge nach den Nrn. 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Kran- kenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvor- hersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.		
440	Zuschlag, Operationsmikroskop	400	23,31
	Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
441	Zuschlag, Laser		
	Der Zuschlag nach Nr. 441 beträgt 100 v.H. des ein- fachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro. Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
442	Zuschlag, ambulante Operation mit einer Bewertung von 250 bis 499 Punkten	400	23,31

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	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.		
443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten	750	43,72
	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.		
444	Zuschlag, ambulante Operation mit 800 bis 1199 Punkten	1300	75,77
	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.		
445	Zuschlag, ambulante Operation mit 1200 und mehr Punkten	2200	128,23
	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.		
446	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 200 bis 399	300	17,49
	Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berech- nungsfähig.		
447	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 400 und mehr Punkten	650	37,89
	Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berech- nungsfähig.		
448	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 2 Stunden)	600	34,97
	Der Zuschlag nach Nr. 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 448 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 449 nicht berech- nungsfähig.		
449	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 4 Stunden)	900	52,46
	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 berech- nungsfähig.		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
453	Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07
460	Vollnarkose	210	12,24
461	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	23,55
462	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77
463	Kombinationsnarkose mit endo- trachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73
469	Kombinationsnarkose mit endo- trachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28
470	Kaudalanästhesie	250	14,57
471	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	23,31
472	Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	34,97
473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	46,63
474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	34,97
475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	52,46
476	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zur Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	26,23
477	Armplexus-/Paravertebralnäs- thesie, bis zu einer Stunde	380	22,15
478	Armplexus-/ Paravertebralnäs- thesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07
479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	13,41
480	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,07
481	Blutdrucksenkung während Narkose	222	12,94
483	Hypothermie während Narkose	475	27,69
484	Lokalanästhesie, tiefere Nasenab- schnitt/ Rachen	46	2,68
485	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	2,68
486	Lokalanästhesie, Trommelfell/ Paukenhöhle	46	2,68
487	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	2,68
488	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/ Kehlkopf/ Rachen	145	8,45
489	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	3,56
490	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	7,05
491	Leitungsanästhesie, perineural	61	3,56
492	Leitungsanästhesie, endoneural	121	7,05
493	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05
494	Sympathikusblockade (lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	12,82
495	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	17,49

E. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN			
Allgemeine Bestimmungen			
In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemo- therapie erforderlichen Arzneimittel.			
I. Inhalationen			
500	Inhalationstherapie	38	2,21
501	Inhalationstherapie mit Überdruck- beatmung	86	5,01
Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen				552	Iontophorese	44	2,56	Atemwegwiderstand			
505	Atmungsbehandlung	85	4,95	553	Vierzellenbad	46	2,68	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			
506	Krankengymnastische Ganzbehand- lung, Einzelbehandlung	120	6,99	554	Hydroelektrisches Vollbad	91	5,30	<i>Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berech- nungsfähig.</i>			
507	Krankengymnastische Teilbehand- lung, Einzelbehandlung	80	4,66	555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	614	Sauerstoffpartialdruck, transku- tane Messung	150	8,74
508	Krankengymnastische Ganzbehand- lung, Einzelbehandlung im Bewe- gungsbad	110	6,41	558	Apparative isokinetische Muskel- funktionstherapie, je Sitzung	120	6,99	615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atmungsmethode	227	13,23
509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	2,21	VII. Lichttherapie				616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung	303	17,66
510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	4,08	560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	1,81	<i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>			
<i>Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultravio- lettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>				617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	19,88
514	Extensionsbehandlung, Wärme- therapie und Massage	105	6,12	561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	1,81	620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten	152	8,86
515	Extensionsbehandlung	38	2,21	562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	2,68	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/Perl- gerät	65	3,79	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>				621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	7,40
518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99	563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	2,68	622	Akrale infrarot-oszillographische Untersuchung	182	10,61
III. Massagen				564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	5,30	623	Flüssig-Kristall-Thermographie	140	8,16
520	Teilmassage	45	2,62	565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99	<i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammogra- phischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>			
521	Großmassage, je Sitzung	65	3,79	566	Phototherapie, beim Neugebore- nen, je Tag	500	29,14	624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung	330	19,23
523	Bindegewebssmassage/ Periost- massage/ manuelle Lymphdrainage	65	3,79	567	Phototherapie, selektives UV- Spektrum, je Sitzung	91	5,30	<i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>			
525	Intermittierende apparative Kom- pressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	2,04	569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75	626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1000	58,29
526	Intermittierende apparative Kom- pressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21	F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE				<i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	5,48	600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	4,25	<i>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>			
IV. Hydrotherapie und Packungen				601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56	627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1500	87,43
530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04	602	Oxymetrische Untersuchung	152	8,86	<i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
531	Ansteigendes Teilbad	46	2,68	603	Bestimmung des Atemwegwider- standes	90	5,25	<i>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>			
532	Ansteigendes Vollbad	76	4,43	<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>				628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360	800	46,63
533	Subaquales Darmbad	150	8,74	604	Bestimmung des Atemwegwider- standes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	160	9,33	<i>Die Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
V. Wärmebehandlung				<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>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	1,92	605	Ruhe-spirographische Untersuchung	242	14,11	629	Transseptaler Linksherzkathe- terismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	2000	116,57
536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	2,97	605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	8,16	<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	606	Spiroergometrische Untersuchung	379	22,09	<i>Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
539	Ultraschallbehandlung	44	2,56	607	Residualvolumenbestimmung	242	14,11	630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle	908	52,92
VI. Elektrotherapie				608	Ruhe-spirographische Teiluntersu- chung, insgesamt	76	4,43	<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehand- lung	37	2,16	609	Bestimmung der Sekundenkapazität	182	10,61	<i>Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehand- lung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	3,21	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
551	Reizstrombehandlung	48	2,80	610	Ganzkörperplethysmographie	605	35,26	<i>Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
<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>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
				611	Bestimmung der Lungendehbarkeit	605	35,26				
				612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<i>Die Kosten für den Einschwemmkanal sind mit der Gebühr abgegolten.</i>				Stoffwechselapparat mit Kohlen- säurebestimmung	227	13,23	705	varizen	500	29,14
	<i>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>			669	Ultraschallechographie, Gehirn	212	12,36	706	Licht-/Laserkoagulation bei endos- kopischen Eingriffen, je Sitzung	152	8,86
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle -	1110	64,70	670	Einführung einer Magenverweilsonde	120	6,99	714	Neurokinesiologische Diagnostik / Prüfung des zerebellaren Gleich- gewichts / Statomotorik	600	34,97
632	Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen- Kontrolle	1210	70,53	671	Ausheberung des Magensaftes	120	6,99	715	Prüfung der motorischen kindlichen Entwicklung	180	10,49
	<i>Die Kosten für den Einschwemmkanal sind mit der Gebühr abgegolten.</i>			672	Ausheberung des Duodenalsaftes	120	6,99			220	12,82
	<i>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>			674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	370	21,57		<i>Neben der Leistung nach Nr. 715 sind die Leistungen nach den Nrn. 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>		
634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	16,03	716	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Bewegungs-/Wahrneh- mungsvermögen)	69	4,02
635	Fotoelektrische Volumenpuls- schreibung	227	13,23	676	Gastroskopie	800	46,63	717	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	110	6,41
636	Fotoelektrische Volumenpuls- schreibung nach Belastung	379	22,09		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717	251	14,63
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	13,23	677	Bronchoskopie/Thoraskopie	600	34,97		<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>		
638	Punktueller Arterien-/Venepuls- schreibung	121	7,05	678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	52,46	719	Funktionelle Entwicklungstherapie, mindestens 45 Minuten	251	14,36
639	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	26,46	679	Mediastinoskopie, mit Probe- exzision/-punktion	1100	64,12	725	Systematische sensomotorische Ent- wicklungs-/Übungsbehandlung, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49
640	Phlebodynamometrie	650	37,89	680	Ösophagoskopie, mit Probe- exzision/-punktion	550	32,06		<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>		
641	Venenverschluss-plethysmogra- phie mit reaktiver Hyperämiebe- lastung	413	24,07	681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/Probeexzision/ punktion	825	48,09	726	Systematische sensomotorische Behandlung von Sprachstörungen, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49
642	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/Venen	120	6,99	682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	49,54		<i>Neben der Leistung nach Nr. 726 sind die Leistungen nach den Nrn. 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>		
644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	10,49	683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/ -punktion	1000	58,29		<i>Die Leistung nach Nr. 726 ist neben der Leistung nach Nr. 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.</i>		
645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	37,89	684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	69,94	740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14
646	Hypoxietest	605	35,26	685	Duodeno-/Jejuno-/Ösophago-/ Gastro-/Bulboskopie, mit Probe- exzision/-punktion	1350	78,69	741	Verschörfung mit heißer Luft/ Dämpfen, je Sitzung	76	4,43
647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	12,82	686	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri, mit Probeexzision/ -punktion	1500	87,43	742	Epilation von Haaren, je Sitzung	165	9,62
648	Messung zentraler Venen-/Arterien- druck mit Röntgenkontrolle	605	35,26	687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43	743	Schleifen/Schmirgeln/Fräsen von Haut/Nägeln, je Sitzung	75	4,37
649	Transkranielle Doppler-Sonographie	650	37,89	688	Partielle Koloskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	900	52,46	744	Stanzan der Haut, je Sitzung	80	4,66
650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	8,86	689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	40,80	745	Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Wundgranulationen/ bis zu drei Warzen	46	2,68
651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/ oder Probestanzung –	350	20,40	746	Elektrolyse/Kauterisation, als selbständige Leistung	46	2,68
652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	25,94	691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagus- varizen	1400	81,60	747	Setzen von Schröpfköpfen/ Blut- egel/Saugapparaten, je Sitzung	44	2,56
653	EKG, telemetrisch	253	14,75	692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/ Steinentfernung	1900	110,75	748	Hautdrainage	76	4,43
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			692a	Drainage, Platzierung in den Gallen-/Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	23,31	750	Auflichtmikroskopie der Haut, je Sitzung	120	6,99
654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	8,74	693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	17,49	752	Bestimmung Elektrolytgehalt im Schweiß	150	8,74
655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	8,86	694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	29,14	755	Hochtouriges Schleifen der Haut bei schweren Entstellungen, je Sitzung	240	13,99
656	EKG, mittels intrakavitärer Ablei- tung, mit Röntgenkontrolle	1820	106,08	695	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31	756	Chemochirurgische Behandlung, spitze Kondylome	121	7,05
657	Vektorkardiographische Unter- suchung	253	14,75	696	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	11,66	757	Chemochirurgische Behandlung, Präkanzerose	150	8,74
659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31	697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Rönt- genkontrolle/Probeexzision/ -punktion	400	23,31	758	Kosmetische Behandlung, Akne- pusteln, je Sitzung	75	4,37
660	Phonokardiographische Untersu- chung, mit EKG-Kontrolle/ Karotis- pulskurve/apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66	698	Kryochirurgie, Enddarm	200	11,66	759	Bestimmung der Alkalineutralisa-		
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	30,89	699	Infrarotkoagulation, Enddarm, je Sitzung	120	6,99				
665	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechselapparat	121	7,05	700	Laparoskopie/Nephroskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63				
666	Grundumsatzbestimmung, mittels			701	Laparoskopie, mit intraabdomina- lem Eingriff	1050	61,20				
				703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus-/Fundus-						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
760	tionszeit	76	4,34		Kindern	400	23,31	860	Anamnese unter neurosenpsycho- logischen Gesichtspunkten, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62
761	Alkaliresistenzbestimmung	121	7,05		Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.				Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berech- nungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 860 sind die Leistungen nach den Nrn. 807 und 835 nicht berechnungsfähig.		
762	UV-Erythemschwellenwertbe- stimmung	76	4,43	808	Tiefenpsychologische oder analytische Psychotherapie	400	23,31	861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22
763	Lymphödem-Entleerung Arm/Bein	130	7,58	812	Psychiatrische Notfallbehandlung	500	29,14	862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehand- lung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
764	Spaltung, oberflächliche Venen/ Hämorrhoidalknoten	148	8,63	816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken	180	10,94	863	Analytische Psychotherapie, Einzel- behandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22
765	Verödung, Krampfadern/Hämorrhoi- dalknoten, je Sitzung	190	11,07	817	Eingehende psychiatrische Bera- tung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder/Jugendlicher	180	10,94	864	Analytische Psychotherapie, Grup- penbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
766	Operative Entfernung von Marissen	280	16,32	825	Geruchs-/Geschmacksprüfung	83	4,84	865	Behandlungsbesprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	345	20,11
767	Ligaturbehandlung von Hämorrhoi- den, mit Proktoskopie, je Sitzung	225	13,11	826	Neurologische Gleichgewichts-/ Koordinationsprüfung	99	5,77	870	Verhaltenstherapie, Einzelbehand- lung, mindestens 50 Minuten	750	43,72
768	Ätzung im Enddarmbereich	50	2,91		Neben der Leistung nach Nr. 826 ist die Leistung nach Nr. 1412 nicht berechnungsfähig.			871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehand- lung, mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74
770	Ausräumung des Mastdarms	140	8,16	827	Elektroenzephalographische Untersuchung	605	35,26		Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minu- ten kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berech- net werden.		
780	Apparative Dehnung eines Kardiospasmus	242	14,11	827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung, mindestens 18 Stunden	950	55,37	885	Eingehende psychiatrische Unter- suchung bei Kindern/Jugendlichen	500	29,14
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43	828	Evozierte Hirnpotentiale, visuell/ akustisch/somatosensorisch	605	35,26	886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 40 Minuten	700	40,80
784	Erstanlegen einer externen Medika- mentenpumpe	275	16,03	829	Sensible Elektroneurographie, mit Oberflächenelektroden	160	9,33	887	Psychiatrische Behandlung in Grup- pen bei Kindern/Jugendlichen, min- destens 60 Minuten, je Teilnehmer	200	11,66
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse	330	19,23	830	Eingehende Prüfung auf Aphasie/ Apraxie/Alexie/Agaphie/Agnosie/ Körperschemastörungen	80	4,66		H. GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE		
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter, je Spülung	55	3,21	831	Vegetative Funktionsdiagnostik	80	4,66		Allgemeine Bestimmungen		
790	Betreuung zur Vorbereitung bei Hämodialyse, je Dialyse	500	29,14	832	Neurologische Befunderhebung durch Faradisation/Galvanisation	158	9,21		Werden mehrere Eingriffe in der Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung der Bauchhöhle enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 3135 zu kürzen.		
791	Betreuung bei Heimdialyse / Limited-Care-Dialyse /Hämo- filtration, je Dialyse	320	18,65	833	Begleitung eines psychisch Kranken in die Klinik	285	16,16	1001	Tokographische Untersuchung	120	6,99
792	Betreuung bei Zentrums-/Praxis- dialyse, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65		Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.			1002	Externe kardiotokeographische Untersuchung	200	11,66
793	Betreuung bei Peritonealdialyse, je Tag	115	6,70	835	Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken/ein ver- haltensgestörtes Kind	64	3,73	1003	Interne kardiotokeographische Untersuchung	379	22,09
	Der Leistungsinhalt der Nrn. 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfpersonal, die regelmä- ßigen Beratungen und Untersuchungen des Pati- enten, die Anfertigung und Auswertung der Dialy- seprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich. Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Aus- nahme der Leistung nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/ oder H) sowie die Leistungen nach den Nrn. 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595. H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.			836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07		Neben den Leistungen nach den Nrn. 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nr. 1001 nicht berechnungs- fähig.		
				837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91	1010	Amnioskopie	148	8,63
				838	Elektromyographische Untersuchung	550	32,06	1011	Amniozentese, mit Fruchtwasser- entnahme	266	15,50
				839	Elektromyographische Untersuchung, mit Nervenleitungs geschwindigkeit	700	40,80	1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31
				840	Sensible Elektroneurographie, mit Nadelelektroden	700	40,80	1013	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung	178	10,38
				842	Apparative isokinetische Muskel- funktionsdiagnostik	500	29,14	1014	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung, mittels Amnioskopie	296	17,25
					Die Leistung nach Nr. 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.			1020	Gebärmutterhals-Dehnung bei einer Geburt	148	8,63
				845	Hypnose, Einzelbehandlung	150	8,74	1021	Beistand bei einer Geburt, Kunsthilfe ohne Beendigung auf natürlichem Weg, mindestens zwei Stunden	266	15,50
				846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Einzelbehandlung, mindestens 20 Minuten	150	8,74	1022	Beistand bei einer Geburt, Kunst- hilfe mit Beendigung auf natür-		
				847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung, mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62				
				849	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten	230	13,41				
				855	Projektive Testverfahren	722	42,08				
				856	Standardisierte Intelligenz-/ Entwicklungstests	361	21,04				
					Neben der Leistung nach Nr. 856 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.						
				857	Orientierende Testuntersuchungen	116	6,76				
					Neben der Leistung nach Nr. 857 sind die Leistungen nach den Nrn. 716 und 717 nicht berechnungsfähig.						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1025	Lichem Wege	1300	75,77	1087	Einlegen/Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21	1141	Operation im Vaginal-/Vulvabereich	554	32,29
1026	Entbindung durch Manualextraktion	554	32,29	1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42	1145	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, einseitig	1660	96,76
1027	Entbindung durch Zange	832	48,50	1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99	1146	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, beidseitig	2220	129,40
1028	Äußere Wendung	370	21,57	1090	Einlegen/Wechseln eines Okklusiv-pessars	52	3,03	1147	Antefixierende Operation des Uterus	1480	86,27
1029	Innere/kombinierte Wendung, auch mit Extraduktion	1110	64,70	1091	Einlegen/Wechseln eines Intrauterin-pessars	106	6,18	1148	Plastische Operation bei Tubensterilität, einseitig	2500	145,72
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57	1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03	1149	Plastische Operation bei Tubensterilität, beidseitig	3500	204,01
Neben den Leistungen nach den Nrn. 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.				1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	2310	134,64	1155	Pelviskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63
1031	Entbindung durch Perforation/Embryotomie, mit Extraduktion	1950	113,66	1096	Gebärmutterhals-Dehnung	148	8,63	1156	Pelviskopie, mit Durchführung intra-abdominaler Eingriffe, mit Probe-exzision/-punktion	1050	61,30
1032	Schnittentbindung von der Scheide/den Bauchdecken aus	2310	134,64	1097	Gebärmutterhals-Schnitt	296	17,25	1158	Kuldoskopie, mit operativen Eingriffen	739	43,07
1035	Operation der Uterusruptur, ohne Uterusexstirpation	2030	118,32	1098	Durchtrennung/Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25	1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile, auch Vulvektomie	1660	96,76
1036	Operation der Uterusruptur, mit Uterusexstirpation	2770	161,46	1102	Entfernung von Polypen/Abrasio, Gebärmutterhals/Muttermund	148	8,63	1160	Operative Beseitigung von Uterusmissbildungen	2770	161,46
1040	Reanimation eines asphyktischen Neu geborenen	350	20,40	1103	Probeexzision, Gebärmutterhals/Muttermund/ Vaginalwand, mit Abrasio/Polypenentfernung	185	10,78	1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	86,27
1041	Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff	824	48,03	1104	Ausschabung/Absaugung, Gebärmutterhöhle/Gebärmutterhals, mit Probeexzision/Polypenentfer-nung	647	37,71	1162	Abdominale Myomenukleation	1850	107,83
1042	Behandlung einer nachgeburlichen Blutung durch innere Eingriffe	554	32,29	1105	Zytologie-Abstrich, Gebärmutter-höhle	180	10,94	1163	Fisteloperation an den Geschlechts-teilen, mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik	2770	161,46
1043	Naht des Gebärmutterhalses	620	36,14	1110	Hysteroskopie	444	25,88	1165	Radikaloperation des Scheiden-/Vulvakrebses	3140	183,02
1044	Naht der weichen Geburtswege	420	24,48	1111	Hysteroskopie, mit Operation	739	43,07	1166	Radikaloperation des Zervixkreb-ses, vaginal/abdominal, mit Entfernung der regionalen Lymphknoten	4620	269,29
Neben der Leistung nach Nr. 1044 ist die Leistung nach Nr. 1096 nicht berechnungsfähig.				1112	Tubendurchblasung	296	17,25	1167	Radikaloperation des Zervixkreb-ses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraa-ortal	4900	285,61
1045	Naht eines vollkommenen Damm-risses	924	53,86	1113	Tubendurchblasung, mit Druck-schreibung	420	24,48	1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	343,60
Neben der Leistung nach Nr. 1045 ist die Leistung nach Nr. 1044 nicht berechnungsfähig.				1114	Insemination	370	21,57		I. AUGENHEILKUNDE		
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft	2310	134,64	1120	Operation eines alten unvollkom-menen Dammrisses	647	37,71	1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	3,44
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren	296	17,25	1121	Operation eines alten vollkom-menen Dammrisses	1660	96,76	1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	89	5,19
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt/Fehlgeburt	296	17,25	Neben der Leistung nach Nr. 1121 ist die Leistung nach Nr. 1126 nicht berechnungsfähig.				1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skioskopie/Refraktometer	74	4,31
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78	1122	Operation eines alten Gebärmutter-halssrisses	739	43,07	1203	Messung der Maximal-/Gebrauchs-akkommodation	60	3,50
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt, Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07	1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide	2770	161,46	1204	Messung der Hornhautkrümmungs-radialen	45	2,62
1055	Schwangerschaftsabbruch, bis 12. Schwangerschaftswoche	800	46,63	1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehl-bildung im Kindesalter	2270	132,31	1207	Prüfung von Mehrstärken-/Prismen-brillen	70	4,08
1056	Schwangerschaftsabbruch, ab 13. Schwangerschaftswoche	1200	69,94	1124	Plastische Operation bei Fehlen der Scheide	3700	215,66	1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge	20	1,17
Neben den Leistungen nach den Nrn. 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berech-nungsfähig.				1125	Vordere Scheidenplastik	924	53,86	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.			
1060	Ausräumung Blasenmole/missed abortion	924	53,86	1126	Hinterere Scheidenplastik, mit Beckenbodenplastik	1290	75,19	1210	Erstanpassung/Auswahl der Kontaktlinse, für ein Auge	228	13,29
1061	Abtragung Hymen/Eröffnung Hämatokolpos	185	10,78	1127	Vordere und hintere Scheiden-plastik, mit Beckenbodenplastik	1660	96,76	1211	Erstanpassung/Auswahl der Kontaktlinsen, für beide Augen	300	17,49
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38	1128	Scheiden- und Portioplastik, mit Beckenbodenplastik	2220	129,40	1212	Funktionsprüfung Kontaktlinse, für ein Auge	132	7,69
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum 10. Lebensjahr	240	13,99	1129	Plastische Operation, Gebärmutter-hals/ Isthmusinsuffizienz des Uterus	739	43,07	1213	Funktionsprüfung Kontaktlinsen, für beide Augen	198	11,54
1070	Kolposkopie	73	4,25	1131	Operative Entfernung Stützband/ Metallnaht, nach Isthmusinsuffi-zienzoperation	379	22,09	Neben den Leistungen nach den Nrn. 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.			
1075	Vaginale Behandlung	45	2,62	1135	Zervixamputation	554	32,29	Wurden harte Kontaktlinsen [Haftschalen] nicht ver-tragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind die Leistungen nach der Nr. 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nr. 1212 oder 1213 berech-nungsfähig.			
1080	Fremdkörper-Entfernung aus der Scheide eines Kindes	106	6,18	1136	Vordere/hintere Kolpozöliotomie	379	22,09	1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen/ Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung	59	3,44	1137	Vaginale Myomenukleation	1290	75,19				
1082	Ausstopfung der Gebärmutter/ Scheide zur Blutstillung	178	10,38	1138	Vaginale/abdominale Totalexstir-pation des Uterus, ohne Adnex-entfernung	2770	161,46				
1083	Kauterisation Portio/Zervix	70	4,08	1139	Vaginale/abdominale Totalexstir-pation des Uterus, mit Adnexentfer-nung	3330	194,10				
1084	Thermokoagulation Portio/Zervix	118	6,88	1140	Operative Behandlung einer unstill-baren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	19,41				
1085	Kryochirurgie, Vaginalbereich	296	17,25								
1086	Konisation der Portio	296	17,25								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1216	Untersuchung auf Heterophorie/ Strabismus	91	5,30		eingetragenen Fremdkörpern, Hornhaut	152	8,86	1330	bei schwer verletztem Augapfel Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	3230	188,27
1217	Qualitative/quantitative Unter- suchung des binokularen Sehaktes	242	14,11	1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Hornhaut	278	16,20			739	43,07
	Neben der Leistung nach Nr. 1217 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.			1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83	1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	32,29
1218	Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufs beider Augen	700	40,80	1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern, aus Augenninnern	1290	75,19	1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70
1225	Kampimetrie/Perimetrie	121	7,05	1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern/Geschwulst, aus Augenninnern	2220	129,40	1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	43,07
1226	Projektionsperimetrie	182	10,61	1282	Entfernung Geschwulst/Kalk- infarkten, Lider/Augapfelbinde- haut	152	8,86	1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26
1227	Quantitativ abgestufte Profilperi- metrie	248	14,46	1283	Entfernung Fremdkörper/Ges- chwulst, Augenhöhle	554	32,29	1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	61	3,56	1284	Entfernung von Fremdkörpern/ Geschwulst mit Muskelablösung, Augenhöhle	924	53,86	1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61	1285	Entfernung von Fremdkörpern/ Geschwulst mit Resektion der Orbitalwand, Augenhöhle	1480	86,27	1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21	1290	Vorbereitende operative Maßnah- men zur Rekonstruktion einer Orbita	1500	87,43	1345	Hornhautplastik	1660	96,76
	Neben der Leistung nach Nr. 1233 ist die Leistung nach Nr. 1234 nicht berechnungsfähig.			1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle	1850	107,83	1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46
1234	Untersuchung des Dämmerungs- sehens, ohne Blendung	91	5,30	1292	Operation der Augenhöhlen-/ Tränensackphlegmone	278	16,20	1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61
1235	Untersuchung des Dämmerungs- sehens, während Blendung	91	5,30	1293	Dehnung/ Durchspülung/ Sondierung/Salbenfüllung/ Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31	1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50
1236	Untersuchung des Dämmerungs- sehens, nach Blendung	91	6,30	1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58	1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83
1237	Elektroretinographische/ elektro- okulographische Untersuchung	600	34,97	1297	Operation des evertierten Tränenpunktkanals	152	8,86	1350	Staroperation	2370	138,14
1240	Spaltlampenmikroskopie	74	4,31	1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanales	132	7,69	1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46
1241	Gonioskopie	152	8,86	1299	Tränensackexstirpation	554	32,29	1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	152	8,86	1300	Tränensackoperation zur Wiederher- stellung des Tränenabflusses, mit Knochenfensterung	1220	71,11	1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56	1301	Exstirpation/ Verödung der Tränendrüse	463	26,99	1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40
1244	Exophthalmometrie	50	2,91	1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus	924	53,86	1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70
1248	Fluoreszenzuntersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	242	14,11	1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41	1356	Eröffnung/Spülung/Wiederher- stellung der Augenvorderkammer	370	21,57
1249	Fluoreszenzangiographische Unter- suchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	484	28,21	1304	Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	53,86	1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57
	Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.			1305	Operation der Lidsenkung	739	43,07	1358	Zyklodialyse/Iridektomie	1000	58,29
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers	273	15,91	1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70	1359	Zyklodiathermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation	500	29,14
1251	Lokalisation einer Netzhautver- änderung	273	15,91	1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27	1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29
1252	Spaltlampenphotographie	100	5,83	1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	64,70	1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83
1253	Fundusfotographie	150	8,74	1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation	1850	107,83	1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61
1255	Tonometrische Untersuchung, Impressionstonometer	70	4,08	1313	Abreiben/Skarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75	1365	Lichtkoagulation bei Netzhaut- ablösung/-blutung, je Sitzung	924	53,86
1256	Tonometrische Untersuchung, Applanationstonometer	100	5,83	1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31	1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70
1257	Tonometrische Untersuchung, mehr- fach in zeitlichem Zusammenhang	242	14,11	1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	107,83	1367	Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen	2220	129,40
1259	Pupillographie	242	14,11	1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03	1368	Operation einer Netzhautablösung mit einhellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64	1321	Operation des Flügelbells	296	17,25	1369	Koagulation/Lichtkaustik, Netz-/ Aderhauttumor	1850	107,83
1262	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, erste Messung	242	14,11	1322	Operation des Flügelbells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76	1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86
1263	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, jede weitere Messung	152	8,86	1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91	1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19
1268	Aktive Behandlung der Schwach- sichtigkeit (Pleoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86	1325	Naht einer Bindehaut-/Horn- haut-/Lederhautwunde	230	13,41	1372	Wiederherstellung eines prothesen- fähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83
1269	Behandlung der gestörten Binokular- funktion (Orthoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86	1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70	1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70
1270	Plenoptische/orthoptische Behandlung an optischen Zusatz-/Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15	1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/ Lederhautverletzung	1850	107,83	1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung		
1271	Auswahl/Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68	1328	Wiederherstellungsoperation			1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenker- nverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern, Bindehaut/Hornhaut	37	2,16					1376	Rekonstruktion eines abgeris- senen Tränenröhrchens	1480	86,27
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern, Hornhaut/Lederhaut	74	4,31					1377	Entfernung einer Silikon-/		
1277	Entfernung von eisenhaltigen										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1380	Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32	1438	Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57	1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70
	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	1439	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57	1487	Radikaloperation, Stirnhöhle/Siebbeinzellen, von außen	1480	86,27
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors	2770	161,46	1440	Operative Entfernung, einzelne Nasenpolypen einer Nasenseite	130	7,58	1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83
1382	Goniotrepanation/Trabekulektomie/Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	1441	Operative Entfernung, mehrere Nasenpolypen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	75,19
1383	Vitrektomie/Glaskörperstrang-durchtrennung	2500	145,72	1445	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand	463	26,99	1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	17,25
1384	Vordere Vitrektomie	830	48,38	1446	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	43,07	1495	Entfernung eines Nasenrachen-fibroms	1110	64,70
1386	Aufnähen einer Ruthenium-plombe auf die Lederhaut	1290	75,19	1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76	1496	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	129,40
J. HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE				1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14	1497	Tränensackoperation, vom Naseninnern aus	1110	64,70
1400	Genauere Hörprüfung	76	4,43	1449	Plastische Operation bei eikonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	2,56
1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50	1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33	1499	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	26,99
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63	1500	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	43,07
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12	1501	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>				1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06	1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	3,67	1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52	1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78
1406	Kinderaudiometrie	182	10,61	1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57	1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>				1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19	1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	5,42
1407	Impedanzmessung, Trommelfell/Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	10,61	1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31	1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	1465	Punktion einer Kieferhöhle	119	6,94	1510	Schlitzung, Parotis-/Submandibularis-Ausführungsgang	190	11,07
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	10,38	1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78
<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>				1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	23,72	1512	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	64,70
1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	5,30	1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	17,25	1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	1469	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	32,29	1514	Entfernung der Zunge	2220	129,40
1414	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen	42	2,45	1470	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenmuschel/Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	43,07	1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/Paukenhöhle	91	5,30	1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	86,27	1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94	1520	Exstirpation der Unterkiefer-/Unterzungenspeicheldrüse	900	52,46
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40	1521	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	107,83
1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum/Stimmbänder	180	10,49	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungsfähig.</i>				1522	Parotisexstirpation	2000	116,57
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>				1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38	1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf	46	2,68
1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	2,91	1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/Stirnhöhle	59	3,44	1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43
1426	Ausstopfung der Nase von vorn/hinten	100	5,83	1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62	1527	Galvano-kaustik/Elektrolyse/Kürettament im Kehlkopf	370	21,57
1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	5,54	1485	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbeinzellen, von außen	924	53,86	1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29
1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	21,57	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungsfähig.</i>				1529	Intubation/ Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf	152	8,86
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43	1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38	1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61
1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	6,94	1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/Stirnhöhle	59	3,44	1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30	1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62	<i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i>			
1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/Seitenstrang, auch beidseitig	36	2,10	1485	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbeinzellen, von außen	924	53,86	1533	Schwebe-/Stützlarngoskopie	500	29,14
								1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99
								1535	Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf	647	37,71
								1540	Endolaryngeale Resektion/ frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83
								1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02
								1542	Kehlkopplastik mit Stimmband-verlagerung	1850	107,83
								1543	Teilweise Entfernung des Kehl-kopfes	1650	96,17
								1544	Teilweise Entfernung des Kehl-kopfes, mit Zungenbeinresektion		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1545	und Pharynxplastik	1850	107,83	1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,7	1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	215,66	1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	96,76	1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie	2770	161,46	1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/des Labyrinthes/eines Hirnabszesses	2770	161,46	1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07	1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	96,76	1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	3,44
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	161,46	1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	17,49	1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27	1712	Endoskopie der Harnröhre	119	6,94
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie	3000	174,86	1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	86,27	1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	17,25
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	64,70	1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	13,41
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>				1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	136,98	1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	17,94
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1614	Tympanoplastik mit Interposition/und Aufbau der Gehörknöchelchenkette	3140	183,02	1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18	1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98	1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflosen, je Sitzung	148	8,63	1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	64,70	1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70
1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	40,80	1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	96,76
1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	136,98	1724	Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	96,76
1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62	1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	136,98	1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	1625	Fazialisdekompression	2220	129,40	1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung	104	6,06
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	77,52	1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16
1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	10,78	1628	Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	43,07	<i>Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nr. 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nr. 7 nicht berechnungsfähig.</i>			
1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	4,31	1629	Extraduraler/transstympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	215,66	1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung	74	4,31
1570	Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers, Gehörgang/ Paukenhöhle	148	8,63	1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	43,07	1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	4,31
1575	Inzision des Trommelfells	130	7,58	1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschel	887	51,07	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage	320	18,65	1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60	1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33
1577	Einsetzen/Auswechseln Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	2,62	1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29	1737	Meatomie	74	4,31
1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	2,33	1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29	1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle	70	4,08	K. UROLOGIE							
1580	Galvanokaustik, Gehörgang/ Paukenhöhle	89	5,19								
1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	7,58	Allgemeine Bestimmungen							
1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25								
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	554	32,29	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.							
1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	1,75	1700	Spülung der männlichen Harnröhre	45	2,62	1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25
1590	Katheterismus der Ohrtrompete, auch beidseitig	74	4,31	1701	Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung	74	4,31	1741	Phimoseoperation	370	21,57
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33	1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung	178	10,38	1742	Operative Durchtrennung des Frenulum preputii	85	4,95
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83	1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63	1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	32,29
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27					1746	Operation einer Epispadie/ Hypospadie	1110	64,70
								1747	Penisamputation	554	32,29
								1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistendrüsen	2220	129,40
								1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72
								1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52
								1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzungen, Glans penis/ Corpora cavernosa	924	53,86
								1752	Operative Implantation einer Penis-		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Stützprothese	2500	145,72		durch Operation	739	43,07				
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06	1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase	355	20,69	1830	Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeentnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70
1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/ Skrotalfächer	180	10,49	1798	Urethradruckprofilmessung	550	32,06	1831	Dekapsulation einer Niere/ Senknierenoperation	1480	86,27
1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	26,99	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nrn. 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>				1832	Operative Anlage einer Nierenfistel	1660	96,76
1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	48,50					1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81
1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29					1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes	1480	86,27
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samen- leiters	1110	64,70					1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27
1759	Transpenile/transskrotale Venembolisation	2800	163,20	1800	Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27	1836	Nierenpolresektion	2770	161,46
1760	Varikelektomie mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27	1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkör- pern, Koagulation von Geschwül- sten, Fistelkatheter	1480	86,27	1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07					1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40
1762	Inguinale Lymphknotenausräu- mung	1200	69,94	1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07	1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70	1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81					1841	Nephrektomie	2220	129,40
1765	Hodenentfernung, einseitig	739	43,07					1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27
1766	Hodenentfernung, beidseitig	1200	69,94					1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48
1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	26,99					1845	Implantation einer Niere	4990	290,85
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94					1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27					1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27
1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86	1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83	1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40
1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	86,27	1805	Operation einer Harnblasen- geschwulst, Teilresektion	1850	107,83	1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62	1806	Operation einer Harnblasen- geschwulst, Teilresektion/ Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40	1850	Explantation/plastische Versor- gung/Replantation einer Niere	6500	378,87
1776	Eröffnung eines Prostataabszesses, vom Damm aus	370	21,57	1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23	1851	Perkutane Anlage einer Nieren- fistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86
1777	Elektro-/Kryoresektion der Prostata	924	53,86	1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78	1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80
1778	Operative Entfernung, Prostataade- noms, auch transurethral	1850	107,83	1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70	1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94
1779	Totale Entfernung, Prostata/ Samenblasen	2590	150,96	1812	Ureterverweilschiene/Ureterkathe- ter	340	19,82				
1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83								
1781	Operative Behandlung bei Harnin- kontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46								
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70								
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung	1850	107,83	1814	Harnleiterbougierung	900	52,46				
1784	Totale Entfernung der Prostata/ Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01	1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitzung des Harnleiterostiums	1110	64,70	1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27
1785	Zystoskopie	207	12,07					1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48
1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	20,69					1860	Extrakorporale Stoßwellenlitho- tripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69								
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondie- rung	296	17,25	1816	Schlitzung des Harnleiterostiums	481	28,04				
1789	Chromozystoskopie	325	18,94	1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40				
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondie- rung und Kontrastmittel	370	21,57	1818	Ureterektomie	2770	161,46				
1791	Tonographische Untersuchung der Harn- blase/ Funktionsprüfung des Schließ- muskels, mit Katheterisierung	148	8,63	1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58				
1792	Uroflowmetrie	212	12,36	1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96				
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31	1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10				
				1825	Harnleiterplastik, mit Antireflux- plastik	2770	161,46				
				1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99				
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	39,64	1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43				
				1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43				
				1829	Harnleiterfreilegung	2590	150,96				
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Kathetereinlegung	273	15,91	1829a	Ureterolyse	1110	64,70				
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung											
2000	Erstversorgung, kleine Wunde	70	4,08	2064	nach Nr. 2062 Sehnen-/Faszi-/Muskelver- längerung	126	7,34	2113	bogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2001	Versorgung, kleine Wunde, mit Naht	130	7,58	2117		924	53,86	2117	Synovektomie, Hüftgelenk	1850	107,83
2002	Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht	160	9,33	2065	Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	250	14,57	2118	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk	463	26,99
2003	Erstversorgung, große/verunrei- nigte Wunde	130	7,58	2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23	2119	Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2004	Versorgung, große Wunde, mit Naht	240	13,99	2067	Operation, Hand-/Fußfußbildung	1660	96,76	2120	Denervation, Finger-/Zehengelenk	650	37,89
2005	Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht	400	23,31	2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnel- syndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76	2121	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/ Fuß-/Kniegelenk	1300	75,77
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungs- fähig, wenn die Exzision des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.</i>				2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83	2122	Resektion, Finger-/Zehengelenk	407	23,72
				2072	Offene Sehnen-/Muskeldurch- schneidung	463	26,99	2123	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fuß- gelenk	1110	64,70
2006	Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde	63	3,67	2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89	2124	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83
2007	Entfernung von Fäden/Klammern	40	2,33	2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12	2125	Kopf-/Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40
2008	Wund-/Fistelspaltung	90	5,25	2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86	2126	Kopf-/Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2770	161,46
2009	Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche	100	5,83	2076	Operative Lösung von Verwachs- ungen um eine Sehne	950	55,37	2130	Operative Versteifung, Finger-/ Zehengelenk	650	37,89
2010	Fremdkörper-Entfernung, tiefsitzend in Weichteilen/Knochen	379	22,09	2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99	2131	Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk	1300	75,77
2015	Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen	60	3,50	2081	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86	2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46
II. Extremitätenchirurgie				2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes	1650	96,17	2133	Operative Versteifung, Kniege- lenk	2100	122,40
2029	Anlegen einer Blutleere/-sperre, Extremität	50	2,91	2083	Freie Sehnentransplantation	1650	96,17	2134	Arthroplastik, Finger-/Zehengelenk	924	53,86
2030	Eröffnung, subkutanes Panaritium/ Paronychie, mit Nagel-Exzektion	130	7,58	2084	Sehnenscheidenstenosenoperation	407	23,72	2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/ Fußgelenk	1400	81,60
2031	Eröffnung, ossales Panaritium/ Sehnenscheidenpanaritium	189	11,02	2087	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Teilentfernung Palmara- poneurose	924	53,86	2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/ Kniegelenk	1660	96,76
2032	Anlage einer Spül-/Saugdrainage	250	14,57	2088	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmara- poneurose	1100	64,12	2137	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40
2033	Nagel-Exzektion	57	3,32	2089	Operation, Dupuytren'sche Kontrak- tur, mit Entfernung Palmaraponeu- rose/Strangresektion an Fingern/ Z-/Zickzackplastik	1800	104,92	2140	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1000	58,29
2034	Nagel-Ausrottung, mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	2090	Spülung, Sehnenscheidenpana- ritium, je Sitzung	63	3,67	2141	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/ Zehengelenk oder Fingerprothese	1800	104,92
2035	Plastische Operation am Nagelwall	180	10,49	2091	Sehnenscheidenradikaloperation	924	53,86	2142	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38
2036	Anlegen einer Nagelspange	45	2,62	2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72	2143	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußge- lenk	4860	283,28
2040	Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile	554	32,29	2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91	2144	Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	3600	209,83
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik	700	40,80	III. Gelenkchirurgie				2145	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/ Kniegelenk	6480	377,70
2042	Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung	1100	64,12	Allgemeine Bestimmungen				2146	Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	1800	104,92
2043	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	Werden Leistungen nach den Nrn. 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an dem- selben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.				2147	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	3240	188,85
2044	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie	1700	99,09	Neben den Leistungen nach den Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.				2148	Neubildung eines Hüftpfannen- daches durch Beckenosteotomie	2100	122,40
2045	Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk	600	34,97	Die Leistungen nach den Nrn. 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen dersel- ben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.				2149	Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate	2770	161,46
2050	Fingerverlängerung mittels Knochen- transplantation, mit Fernlappen- plastik	1800	104,92	2100	Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh	278	16,20	2150	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/ Hüftpfanne	4980	290,27
2051	Operation eines Ganglions, am Hand-/Fußgelenk	600	34,97	2101	Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/ Hand/Fuß	554	32,29	2151	Endoprothetischer Totalersatz, Hüftpfanne/Hüftkopf	3700	215,66
2052	Operation eines Ganglions, am Fingergelenk	554	32,29	2102	Gelenkkapsel-Naht, Schulter/ Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel	1110	64,70	2152	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne/ Hüftkopf	6660	388,19
2053	Replantation eines Fingers	2400	139,89	2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk	1850	107,83	2153	Endoprothetischer Totalersatz, Kniegelenks	3700	215,66
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation/ Daumen- Zeigefingerbildung bei Daumen- hypoplasie	2400	139,89	2104	Bandplastik des Kniegelenks	2310	134,64	2154	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Total- ersatz eines Kniegelenks	6660	388,19
2055	Replantation, Hand, im Mittel- hand-/Handwurzel-/Unterarm- bereich	7000	408,01	2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk	550	32,06	2155	Eröffnung, vereitertes Finger-/ Zehengelenk	148	8,63
2056	Replantation, Arm/Bein	8000	466,30	2106	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmose	1110	64,70	2156	Eröffnung, vereitertes Kiefer-/ Hand-/Fußgelenk	463	26,99
2060	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41	2110	Synovektomie, Finger-/Zehenge- lenk	750	43,72	2157	Eröffnung, vereitertes Schulter-/ Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbel-		
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060	74	4,31	2111	Synovektomie, Hand-/Fußgelenk	1110	64,70				
2062	Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke	370	21,57	2112	Synovektomie, Schulter-/Ellen-						
2063	Entfernung einer Drahtstiftung										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	gelenk	924	53,86	2210	Operative Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	407	23,72	2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19
2158	Exartikulation, Finger/Zehe	370	21,57	2211	Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	278	16,20	2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2159	Exartikulation, Hand/Fuß	924	53,86	2212	Einrenkung, alte Luxation Hand-/Fußgelenk	420	24,48	2253	Knochenspanentnahme	647	37,71
2160	Exartikulation, Ellenbogen-/Kniegelenk	1110	64,70	2213	Operative Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	1110	64,70	2254	Implantation von Knochen	739	43,07
2161	Exartikulation, Schultergelenk	1290	75,19	2214	Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57	2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27
2162	Exartikulation, Hüftgelenk	1480	86,27	2215	Einrenkung, alte Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	540	31,48	2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99
2163	Operative Entfernung, Schultergürtelhälfte	1850	107,83	2216	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83	2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63
2164	Operative Entfernung, Beckenhälfte, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	2217	Einrenkung, Luxation Schultergelenk	370	21,57	2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94
2165	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	2218	Einrenkung, alte Luxation Schultergelenk	540	31,48	2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43
2167	Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes	3200	186,52	2219	Operative Einrenkung, Luxation Schultergelenk	1850	107,83	2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2168	Entfernung einer Kniegelenkendoprothese, mit Gelenk-Versteifung	3200	186,52	2220	Operation, habituelle Luxation Schultergelenk	2250	131,15	2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76
2170	Amputation, Finger/Zehe, mit plastischer Deckung	463	26,99	2221	Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniescheibe	111	6,47	2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46
2171	Amputation, Finger-/Zehenstrahl in Mittelhand/-fuß, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2222	Einrenkung, alte Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniescheibe	170	9,91	2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83
2172	Amputation, Mittelhand/-Mittelfußknochen, mit plastischer Deckung	924	53,86	2223	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk	400	23,31	2267	Knochenzerbrechung	463	26,99
2173	Amputation, Unterarm/Unterschenkel/Oberarm, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2224	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese	800	46,63	2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92
2174	Amputation, Oberschenkel, mit plastischer Deckung	1290	75,19	2225	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese/Rekonstruktion des Bandapparat	1000	58,29	2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92
2181	Lockerung/Streckung, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	227	13,23	2226	Einrenkung, eingeklemmter Meniskus/ Subluxation Radiusköpfchen/ Luxation Sternoklavikulargelenk	120	6,99	2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86
2182	Lockerung/Streckung, Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Kniegelenk	379	22,09	2230	Operation, Luxation Kniescheibe	900	52,46	2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädels	740	43,13	2231	Einrenkung, Luxation Hüftgelenk	739	43,07	2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64
2184	Anlegen von Halo-Extensionen bei Skoliosen/Kyposen	1000	58,29	2232	Einrenkung, alte Luxation Hüftgelenk	1110	64,70	2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46
2189	Arthroskopische Operation, Meniskus, Entfernung/Teilresektion	1500	87,43	2233	Einrenkung, angeborene Luxation Hüftgelenk	550	32,06	2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05
2190	Arthroskopische Operation, Meniskus, Naht/Refixation	1800	104,92	2234	Stellungsänderung/ Folgebehandlung bei Therapie nach Nr. 2233	473	27,57	2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädels-/Stirnbeindefekt	3500	204,01
2191	Arthroskopische Operation, Kreuz-/Seitenband am Kniegelenk	2000	116,57	2235	Operation, habituelle Luxation Kniegelenk	1660	96,76	2279	Chemonukleolyse	600	34,97
2192	Arthroskopische Operation, Zuschlag zu Nr. 2191 für weiteres Band desselben Kniegelenks	500	29,14	2236	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kapselbandapparat	1850	107,83	2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16
2193	Arthroskopische Operation, Synovektomie an Knie-/Hüftgelenk	1800	104,92	2237	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46	2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60
2195	Zuschlag, weitere Operation an demselben Gelenk – zusätzlich zu Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49	2238	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27	2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27
2196	Diagnostische Arthroskopie bei Nrn. 2189 bis 2191, 2193	250	14,57	2239	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation	1480	86,27	2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83
IV. Gelenkluxationen				2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Knocheneinpflanzung/Beckenosteotomie	2770	161,46	2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29
Allgemeine Bestimmungen				2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/Umstellungsosteotomie/Osteosynthese	4500	262,29	2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27
Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.				V. Knochenchirurgie				2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72
2203	Einrenkung, Luxation Wirbelgelenk	739	43,07	2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99	2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Aufspreiz-/Abstützvorrichtung	3700	215,66
2204	Einrenkung, alte Luxation Wirbelgelenk	1110	64,70					2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06
2205	Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	93	5,42					2289	Neueinpflanzung, Aufspreiz-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15
2206	Einrenkung, alte Luxation Finger-/Zehengelenk	140	8,16					2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46
2207	Einrenkung, Luxation Daumengelenk	148	8,63					2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62
2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82					2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70
2209	Einrenkung, Luxation Daumengelenk, mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57					2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57
								2294	Steißbeinresektion	554	32,29
								2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99
								2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2297	Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenkplastik/ Mittelfußosteotomie, einschließlich der Nrn. 2295 und 2296	1180	68,78	2354	Entfernung einer Nagelung/ Drahtung/Verschraubung aus großen Röhrenknochen	370	21,57	2421	Implantation, subkutanes Medikamentenreservoir	600	34,97
VI. Frakturbehandlung				2355	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch	1110	64,70	2427	Tiefreichende Entlastungsinzision, mit Drainage	400	23,31
2320	Einrichtung, gebrochene Nase	189	11,02	2356	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstel- lung nach Knochenbruch, nach Osteotomie mittels Nagelung/Ver- schraubung/Metallplatten/ äußeren Spanner	1480	86,27	2428	Eröffnung, oberflächlicher Abszess/ Furunkel	80	4,66
2321	Einrichtung, gebrochener Gesichts- knochen	227	13,23	2357	Operative Wiederherstellung, gebrochene Hüftpfanne	2770	161,46	2429	Eröffnung, disseminierte Abszesse der Haut	220	12,82
2322	Aufrichtung, gebrochener Wirbel	757	44,12	2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen/gesprengte Symphyse/Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40	2430	Eröffnung, tief liegender Abszess	303	17,66
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12	VII. Chirurgie der Körperoberfläche				2431	Eröffnung, Karbunkel, mit Exzision	379	22,09
2324	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein	152	8,86	2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	2432	Eröffnung, Phlegmone	473	27,57
2325	Einrichtung, gebrochenes Schlüssel- bein, mit Nagelung/Drahtung	567	33,05	2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	2440	Operative Entfernung, Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63
2326	Einrichtung, gebrochenes Schulter- blatt/Brustbein	227	13,23	2382	Schwierige Hautlappenplastik/ Spalthauttransplantation	739	43,07	2441	Operative Korrektur, entstellende Gesichtsnarbe	400	23,31
2327	Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen	473	27,57	2383	Vollhauttransplantation	1000	58,29	2442	Implantation alloplastischen Mate- rials zur Weichteilunterfütterung	900	52,46
2328	Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen	341	19,88	2384	Knorpeltransplantation	739	43,07	2443	Entfernung, Narbengewebe am Augenlid, vor Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63
2329	Einrichtung, gebrochenes Becken	473	27,57	2385	Transplantation, haartragendes Hautimplantat	1200	69,94	2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49
2330	Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen	757	44,12	2386	Schleimhauttransplantation	688	40,10	2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97
2331	Einrichtung, gebrochener Knochen Handwurzel/Mittelhand/Fußwur- zel/Mittelfuß	227	13,23	2390	Deckung eines großen Hautdefek- tes mit Hauttransplantaten	1330	77,52	2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung	2500	145,72
2332	Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/luxiertes Wirbel- körper/Wirbelgelenk	2500	145,72	2391	Freie Verpflanzung eines Haut- lappens, in mehreren Sitzungen	1500	87,43	2452	Exstirpation einer Fettschürze	1400	81,60
2333	Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/luxier- te Wirbelkörper/Wirbelgelenke	3700	215,66	2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46	2453	Operation, Lymphödem einer Extremität	2000	116,57
2334	Operative Stabilisierung, eine Brustwandseite	2800	163,20	2392a	Exzision einer großen Narbe	1000	58,29	2454	Operative Entfernung, überstehen- des Fettgewebe einer Extremität	924	53,86
2335	Einrichtung, gebrochene Kniescheibe/Unterschenkelknochen	473	27,57	2393	Implantation eines Rundstiell- lappens	739	43,07	VIII. Neurochirurgie			
2336	Operative Einrichtung, gebrochene Kniescheibe	650	37,89	2394	Implantation eines Rundstiell- lappens, mit Modellierung	2200	128,23	2500	Hebung, gedeckte Impressions- fraktur, Schädel	1850	107,83
2337	Einrichtung, gebrochene Finger- end-/Zehenknochen	76	4,43	2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72	2501	Operation, offene Impressions-/ Splinterfraktur, Schädel	3100	180,69
2338	Einrichtung, gebrochene Finger- grund-/Fingermittel-/Großzehen- knochen	152	8,86	2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46	2502	Operation, epidurales Hämatom	2750	160,29
2338a	Operative Einrichtung, gebrochener Finger-Endgliedknochen, mit Fixation durch Osteosynthese	185	10,78	2397	Operative Ausräumung, ausgedehntes Hämatom	600	34,97	2503	Operation, frische Hirnverletzung mit subduralem/intrazerebralem Hämatom	5250	306,01
2339	Einrichtung, gebrochene Finger- grund-/Fingermittel-/Großzehen- knochen, mit Osteosynthese	379	22,09	2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses	111	6,47	2504	Operation, offene Hirnverletzung, mit Dura-/Kopfschwartenplastik	4500	262,29
2340	Olekranonverschraubung/ Verschraubung des Innen-/ Außenknöchelbruchs	554	32,29	2401	Probeexzision aus oberflächlichem Körpergewebe	133	7,75	2505	Operation, subdurales Hygrom/ Hämatom beim Kleinkind	3000	174,86
2344	Osteosynthese/Exstirpation/ Teillexstirpation, Kniescheibe	1110	64,70	2402	Probeexzision aus tief liegendem Körpergewebe	370	21,57	2506	Exstirpation, chronisches subdurales Hämatom, mit Kapsel- entfernung	3750	218,58
2345	Tibiakopfverschraubung/Verschrau- bung des Fersenbeinbruchs	924	53,86	2403	Exzision, kleine Geschwulst, Haut/Schleimhaut	133	7,75	2507	Entleerung/Bohrlochtrepation, chronisches subdurales Hämatoms	1800	104,92
2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20	2404	Exzision, großes Geschwulst	554	32,29	2508	Operative Versorgung, frontoba- sale Schädelhirnverletzung	4500	262,29
2347	Nagelung/Drahtung, gebrochener kleiner Röhrenknochen	370	21,57	2405	Entfernung, Schleimbeutel	370	21,57	2509	Totallexstirpation, Hirnabszß	3750	218,58
2348	Nagelung/Drahtung, kleiner Röhren- knochen, bei offenem Knochenbruch	555	32,35	2407	Exzision, ausgedehnte/blutreiche Geschwulst, mit Ausräumung des Lymphstromgebietes	2310	134,64	2510	Operation, intrazerebrales Häma- tom	4000	233,15
2349	Nagelung/Drahtung/Verschrau- bung, gebrochener großer Röhrenknochen	1110	64,70	2408	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Axilla	1100	64,12	2515	Bohrlochtrepation, Schädel	1000	58,29
2350	Nagelung/Drahtung/Verschrau- bung, großer Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	1660	96,76	2410	Operation, Mammatumor	739	43,07	2516	Osteoklastische Trepanation, Schädel	1500	87,43
2351	Nagelung/Verschraubung, gebrochener Schenkelhals	1480	86,27	2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86	2517	Osteoklastische Trepanation, Schädel, mit Wiedereinpassung des Knochendeckels	2250	131,15
2352	Nagelung/Verschraubung, Schenkelhals, bei offenem Knochenbruch	2220	129,40	2412	Absetzen einer Brustdrüse/ Brustmuskulatur	1400	81,60	2518	Eröffnung, hintere Schädelgrube	2700	157,38
2353	Entfernung einer Nagelung/ Drahtung/Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78	2413	Absetzen einer Brustdrüse, mit Ausräumung Lymphstromgebiet	2310	134,64	2519	Trepanation bei Kraniostenose	2250	131,15
				2414	Reduktionsplastik, Mamma	2800	163,20	2525	Operation der prämaternen Schädel- nahtsynostose, mit Einfassung der Knochenränder/Duraschichtresek- tion, beim Kleinkind	4000	233,15
				2415	Aufbauplastik, Mamma, mit Verschiebeplastik/Inkorporation Mammoprothese	2000	116,57	2526	Exstirpation, Konvexitätstumor des Großhirns	3750	218,58
				2416	Aufbauplastik nach Mammaampu- tation, mit Inkorporation Mamma- prothese	3000	174,86	2527	Exstirpation, Großhirntumor, mit Hirnlappenresektion	5250	306,01
				2417	Operative Entnahme/Implantation, Mamille	800	46,63	2528	Exstirpation, Tumor der Mittel- linie/Schädelbasistumor	7500	437,15
				2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63	2529	Operation, intrakranielle Gefäßmissbildung	8000	466,30
				2419	Rekonstruktion einer Mamille	1200	69,94	2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	437,15
				2420	Implantation/operativer Austausch einer Mammoprothese	1100	64,12	2531	Intrakranielle Gefäßanastomose/ Gefäßtransplantation	7500	437,15

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2535	Resektion, Gehirnhemisphäre	6000	349,72	2583	Neurolyse	924	53,86	2660	Zähnen/Wurzelspitzenresektion	500	29,14
2536	Resektion, Gehirnlappen	4500	262,29	2584	Neurolyse, mit Nervenverlage- rung/Neueinbettung	1480	86,27		Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	400	23,31
2537	Durchschneidung von Nervenbah- nen, Gehirn/Medulla oblongata	6250	364,30	2585	Nervenersatzplastik durch Implan- tation, peripherer Nerv, Hand/Arm	2600	151,55	2670	Operative Entfernung, Schlotter- kamm/Fibromatose, je Kiefer- hälfte/Frontzahnbereich	500	29,14
2538	Operation, Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58	2586	End-zu-End-Naht, Nerv, bei einer frischen Verletzung	1350	78,69	2671	Operative Entfernung, Schlotter- kamm/Fibromatose, je Kiefer- hälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	300	17,49
2539	Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele	6250	364,30	2587	Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv	1850	107,83	2675	Partielle Vestibulum-/Mundboden- plastik/ große Tuberplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	49,54
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsys- tem	4500	262,29	2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht	2100	122,40	2676	Totale Mundboden-/Vestibulum- plastik, je Kiefer	2200	128,23
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	262,29	2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht, mit Defektüber- brückung durch autologes Trans- plantat	2400	139,89	2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	40,80
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	2590	Naht eines Nervenplexus	3000	174,86	2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83
2550	Exstirpation, Kleinhirntumor	5000	291,44	2591	Interfaszikuläre Defektüber- brückung eines Nervenplexus	6000	349,72	2681	Einrenkung, alte Luxation Unter- kiefer	400	23,31
2551	Exstirpation, Kleinhirnbrücken- winkel-/Stammhirntumor	7500	437,15	2592	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse	1800	104,92	2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60
2552	Exstirpation, retrobulbärer Tumor	6250	364,30	2593	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverla- gerung/Neueinbettung	2770	161,46	2685	Reposition, Zahn	200	11,66
2553	Intrakraniale Operation, basale Liquoristel, mit plastischem Verschluss	6000	349,72	2594	Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirur- gischer Nerven-naht	3000	174,86	2686	Reposition, zahntragendes Bruch- stück des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2554	Plastischer Verschluss, Knochen- defekt des Hirnschädels	1800	104,92	2595	Nervenpfropfung	1600	93,26	2687	Allmähliche Reposition, gebroch- ener Ober-/Unterkiefer/Bruch- stück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2555	Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie	1480	86,27	2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation	2400	139,89	2688	Fixation/Osteosynthese/Auf- hängung, Kieferfraktur	750	43,72
2556	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie	1850	107,83	2597	Verödung/Verkochung des Ganglion Gasseri	700	40,80	2690	Operative Reposition/Fixation/ Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2557	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder- Einpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89	2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	81,60	2691	Operative Reposition/Fixation/ Osteosynthese, Oberkiefer- Aussprengung	3600	209,83
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	2599	Blockade eines Nerven, Schädel- basis	225	13,11	2692	Operative Reposition/Fixation/ Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsgebiet, je Kiefer- hälfte	1500	87,43
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implan- tation von Reizelektroden	4620	269,29	2600	Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis	1500	87,43	2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Joch- bogenfraktur	1200	69,94
2562	Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen	2250	131,15	2601	Grenzstrangresektion, zervikal	1000	58,29	2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/ Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2563	Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis	2310	134,64	2602	Grenzstrangresektion, abdominolumbal	1480	86,27	2695	Einrichtung/Fixation/Schiennen- verbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38
2564	Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark	4800	279,78	2603	Grenzstrangresektion, thorako- lumbal	3000	174,86	2696	Drahtumschlingung des Unter- kiefers/oro-faziale Drahtauf- hängung, auch beidseitig	500	29,14
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im Zervikalbereich, mit Foramino- tomie/Nr. 2282/Nr. 2283	4100	238,98	2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal/retroperitoneal	1480	86,27	2697	Anlegen von Drahtligaturen/ Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14
2566	Operativer Eingriff zur Dekom- pression, Nervenwurzel(n), im thorakalen/lumbalen Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/ Nr. 2283	3000	174,86	IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie				2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43
2570	Implantation, Reizelektroden/ Empfangsgerät, Rückenmark	4500	262,29	2620	Operation, isolierte Lippenspalte	750	43,72	2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23
2571	Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomeningozele/Meningozele	2650	154,46	2621	Operation, breite Lippen-Kiefer- spalte, mit Naseneingangsplastik	1500	87,43	2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/ Unterkiefer	350	20,40
2572	Operation, Missbildung am Rückenmark, mit plastischer Rekonstruktion des Wirbel- kanals/Faszienplastik	3230	188,27	2622	Plastisch-chirurgische Behandlung, komplette Gesichtsspalte, mit Osteotomien/Osteoplastiken	9000	524,59	2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/ Platte/Pelotte, bei Narbenkontrak- turen	1800	104,92
2573	Verschiebepplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584	500	29,14	2625	Verschluss, Defekte am Gaumen/ Vestibulum	1250	72,86	2702	Wiederanbringung/Änderung/ Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49
2574	Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbel- kanal	2750	160,29	2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09
2575	Entfernung, raumbeengender in- traduraler Prozess im Wirbelkanal	3500	204,01	2627	Verschluss, harter/weicher Gaumen	2000	116,57	2706	Osteotomie/Osteosynthese, dislo- ziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77
2576	Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmißbildung/Tumor	4500	262,29	2630	Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/ Osteoplastik	6000	349,72	2710	Partielle Resektion/Segment- osteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12
2577	Entfernung, raumbeengender intra-/extraspinaler Prozess	4000	233,15	2640	Operative Verlagerung, Ober- kiefer, je Kieferhälfte	1200	69,94	2711	Partielle Resektion/Segmentosteoto- mie, Ober-/Unterkiefer, in Verbind- ung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	43,72
2580	Freilegung/Durchtrennung/ Exhairese, Nerv	554	32,29	2642	Operative Verlagerung, Unter- kiefer, je Kieferhälfte	1850	107,83	2712	Halbseitenresektion, Ober-/ Unterkiefer	3000	174,86
2581	Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminusast	924	53,86	2650	Entfernung/Osteotomie, verla- gerter/retinierter Zahn	740	43,13				
2582	Freilegung/Entnahme, autologer peripherer Nerv, zwecks Transplantation	1800	104,92	2651	Fremdkörper-Entfernung/ Sequestrotomie/Osteotomie, Kiefer	550	32,06				
				2655	Operation/Zystektomie, ausge- dehnte Kieferzyste	950	55,37				
				2656	Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	620	36,14				
				2657	Operation/Zystostomie, ausge- dehnte Kieferzyste	760	44,33				
				2658	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2715	Suprahyoidale Lymphknoten- ausräumung einer Seite	2000	116,57	2828	großes Thoraxgefäß	7500	437,15	2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	64,70
2716	Radikale Halslymphknoten- ausräumung einer Seite	5000	291,44		Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	174,86	2953	Thorakoplastik	3140	183,02
2720	Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	800	46,63	2829	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	303,09	2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröff- nung	4620	269,29
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	500	29,14	2834	Operation, Nierengefäß	1480	86,27	2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	291,44
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	2835	Rekonstruktive Operation, Aorta ab- dominalis, bei Stenose/Verschluss	4500	262,29	2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40
	X. Halschirurgie			2836	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	291,44	2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	174,86
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	2837	Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	291,44	2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	297,27
2751	Tracheotomie	554	32,29	2838	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	4300	250,64	2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	174,86
2752	Exstirpation, Ductus thyreoglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresek- tion Zungenbein	1350	78,69	2839	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	3000	174,86	2970	Anlage, Pleuradrainage	554	32,29
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	96,76	2840	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	174,86	2971	Spülung, Pleuraumraum	148	8,63
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	96,76	2841	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	2000	116,57	2972	Pleuragewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung	666	38,82
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse	1850	107,83	2842	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	3700	215,66	2973	Pleurektomie, einseitig	2220	129,40
2756	Ausschälung, Nebenschilddrüse	2200	128,23	2843	Rekonstruktive Operation, arterio- venöse Fistel, Extremitäten/Hals	3700	215,66	2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	183,02
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsen- und Lymphknoten- geschwulst, mit Ausräumung Lymphstromge- biete/Nachbarorgane	3700	215,66	2844	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/ Bauchraum	5500	320,58	2975	Dekortikation, Lunge	4800	279,78
2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	69,94		3. Venenchirurgie			2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	116,57
	XI. Gefäßchirurgie			2880	Inzision, Varixknoten	148	8,63	2977	Thorakokaustik, bei Spontanpneumothorax	739	43,07
	1. Allgemeine Verrichtungen			2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	2979	Operative Entfernung, Pleura- empyem	1110	64,70
2800	Venaesection	275	16,03	2882	Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40
2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	26,99	2883	Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste- Exstirpation	1200	69,94	2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70
2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	129,40	2885	Entfernung, kleine Blutaderge- schwulst	1110	64,70	2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27
2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	86,27	2886	Entfernung, große Blutaderge- schwulst	2770	161,46	2992	Thorakotomie, mit Gewebsent- nahme für histologische/bakte- riologische Untersuchung	1290	75,19
2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	14,75	2887	Thrombektomie	2000	116,57	2993	Thorakotomie, mit Gewebsentnahme/intrathorakale Präparationen	1480	86,27
2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	2888	Veno-venöse Umleitung	3140	183,02	2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	161,46
2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	43,07	2889	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	215,66	2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	183,02
2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	23,31	2890	Isolierte Seitenastexstirpation/ Perforansdissektion/Perforans- ligatur	350	20,40	2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15
2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	43,13	2891	Rekonstruktive Operation, Körperven	3000	174,86	2997	Lobektomie/Lungensegment- resektion(en)	5100	297,27
2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	291,44	2895	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	86,27	2998	Bilobektomie	4800	279,78
	2. Arterienchirurgie			2896	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Trans- plantat	2100	122,40	2999	Pneumonektomie, mit intraperikar- dialer Gefäßversorgung/Ausräu- mung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41
2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	183,02	2897	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	69,94	3000	Bronchotomie	2770	161,46
2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	244,81	2898	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	87,43	3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	338,07
2822	Rekonstruktive Operation, Arterienarterie	2300	134,06	2899	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	129,40	3002	Operative Kavemen-/ Lungenabszesseröffnung	4800	279,78
2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	107,83	2900	Operation/Dissektion, bei porta- lem Hochdruck	3140	183,02	3010	Sternotomie	1110	64,70
2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	174,86	2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	215,66	3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	233,15
2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	378,87	2902	Operation/venöse Anastomose/ Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	269,29	3012	Drainage, Mediastinum	554	32,29
2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	378,87		4. Sympathikuschirurgie			3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15
2827	Operation, Aneurysma,			2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57		XIII. Herzchirurgie		
				2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	3050	Operative Maßnahmen in Verbin- dung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	107,83
					XII. Thoraxchirurgie			3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	75,19
				2950	Resektion, eine Rippe	739	43,07	3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
				2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	64,70	3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
								3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83
								3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29
									<i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Ope- ration berechnungsfähig.</i>		
								3060	Intraoperative Funktionsmes- sungen, Herz	554	32,29
								3065	Operation, Perikard	2000	116,57
								3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	183,02
								3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	86,27

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3068	Anlage, künstliche Pulmonalis- stammstenose	3140	183,02	3150	Gastrotomie	1600	93,26		Patienten	120	6,99
3069	Shuntoperation, herznahe Gefäße	3000	174,86	3151	Operative Einbringung eines Tubus, Ösophagus/Magen, als Notope- ration	2700	157,38	3215	Eröffnung, kongenitaler Afterver- schluss	150	8,74
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86	3152	Spaltung, Pylorus	1900	110,75	3216	Operation, kongenitaler Mastdarmverschluss/Analatresie	1200	69,94
3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86	3153	Pyloroplastik	3000	174,86	3217	Operation, Anal-/Rektumatriesie	3750	218,58
3072	Operativer Verschluss, Vorhof- septumdefekt vom Sekundum-Typ	3000	174,86	3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86	3218	Radikaloperation, tiefreichender Mastdarmverschluss, mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38
3073	Operativer Verschluss, Vorhof- septumdefekt anderen Typs	4000	233,15	3155	Vagotomie am Magen, mit Drainage	4500	262,29	3219	Operation, After-/Mastdarmiss	278	16,20
3074	Komplette intraatriale Blutum- leitung	6500	378,87	3156	Endoskopische Entfernung von Fäden/Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	26,23	3220	Operation, submuköse Mastdarmlisteln	300	17,49
3075	Thromb-/Embolektomie/ Fremdkörperentfernung, Herz/ herznahe Gefäß	3000	174,86	3157	Magenteilresektion, mit Dickdarmlistelsektion	4620	269,29	3221	Operation, intramuskuläre Mastdarmlisteln	370	21,57
3076	Operative Entfernung, Herztumor/ Herzwandaneurysma/Herzdiver- tikel	4800	279,78	3158	Gastroenterostomie	2220	129,40	3222	Operation, transspinkterische Mastdarmlistel	700	40,80
3077	Operativer Verschluss, Herzkam- merscheidewanddefekt, mittels direkter Naht	3000	174,86	3165	Operative Beseitigung von Atrisien/Stenosen/Divertikel, Duodenum	4000	233,15	3223	Operation, extraspinkterische Fistel	850	49,54
3078	Operativer Verschluss, Herzkammer- scheidewanddefekt, mittels rothese	4000	233,15	3166	Operative Beseitigung von Atrisien/Stenosen/Divertikeln, Jejunum/Ileum	3000	174,86	3224	Perianale operative Entfernung, Mastdarmpolypen/-geschwülsten	1150	67,03
3079	Resektion intrakardial stenosisie- render Muskulatur	3000	174,86	3167	Anastomose im Dünndarmgebiet	2220	129,40	3226	Perianale operative Entfernung, Mastdarmgeschwulst, mit Durch- trennung der Schließmuskulatur	3500	204,01
3084	Valvuloplastik, Herzklappe	3300	192,35	3168	Jejuno-Zökostomie	2600	151,55	3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	120	6,99
3085	Operative Korrektur, Herzklappe	3140	183,02	3169	Teilresektion/Anastomose, Kolon	3750	218,58	3231	Operation, Mastdarmvorfall, bei analem/perinealem Zugang	1150	67,03
3086	Operativer Ersatz, Herzklappe	5600	326,41	3170	Kolektomie/Ileostomie	5250	306,01	3232	Operation, Mastdarmvorfall, bei abdominalem Zugang	2220	129,40
3087	Operative Korrektur/Ersatz, mehrere Herzklappen	7500	437,15	3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien Magen-Darmtrakt/ Volvulus/Darminvagination	2500	145,72	3233	Rektumexstirpation, bei analem Zugang	2800	163,20
3088	Operation zur direkten myokar- dialen Revaskularisation, ein Versorgungsabschnitt	5600	326,41	3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen	1600	93,26	3234	Rektale Myektomie/Kolostomie	3500	204,01
3089	Operation zur direkten myokar- dialen Revaskularisation, mehrere Versorgungsabschnitte	7500	437,15	3173	Operative Entfernung, Meckel'sches Divertikel	1480	86,27	3235	Kombinierte Rektumexstirpation, mit Laparotomie	5000	291,44
3090	Operation, Anomalien der Koronararterien	4000	233,15	3174	Operative Beseitigung, Darmduplikatur	2700	157,38	3236	Unblutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	111	6,47
3091	Operation, Reizleitungssystem	4500	262,29	3175	Operation, Mekoniumileus	2700	157,38	3237	Blutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	370	21,57
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46	3176	Transposition, Darmteil, innerhalb des Abdomens	3500	204,01	3238	Fremdkörper-Entfernung, Mastdarm	185	10,78
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70	3177	Transposition, Darmteil/Magen, aus dem Abdomen heraus	5000	291,44		Eine neben der Leistung nach Nr. 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nr. 690 zusätzlich berechnungs- fähig.		
3097	Schrittmacher-Korrekturingriff	2770	161,46	3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen	4000	233,15	3239	Muskelplastik, Mastdarm	1800	104,92
				3181	Langstreckige Resektion/ Kombinierte Entfernung, Dick-/ Mastdarm	6500	378,87	3240	Operation, Hämorrhoidalknoten	554	32,29
				3183	Lebertransplantation	7500	437,15	3241	Hohe intraanale Exzision/Anal- plastik, Hämorrhoidalknoten	924	53,86
				3184	Operation an der Leber	3000	174,86				
				3186	Exstirpation, Gallenblase	2500	145,72				
				3187	Operation an den Gallengängen, mit Exstirpation der Gallenblase	3250	189,43				
				3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81				
				3189	Operative Beseitigung, Atrisien/ Stenosen der Gallengänge, beim Kleinkind	4000	233,15				
				3190	Papillenexstirpation/-spaltung, mit Eröffnung des Duodenums	2700	157,38				
				3192	Milzrevision	2000	116,57				
				3194	Präparation/Drainage, Pankreas- zyste, mit Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66				
				3195	Resektion, Pankreaskopf	4620	296,29				
				3196	Resektion, Pankreasschwanz	2220	129,40				
				3197	Resektion, ganzer Pankreas	4620	269,29				
				3198	Pankreoduodenektomie	5000	291,44				
				3199	Milzexstirpation	2220	129,40				
				3200	Appendektomie	1480	86,27				
				3202	Operation, persistierende Fistel am Magen-Darmtrakt	3000	174,86				
				3205	Anlage, Enddrainage, bei intraabdominalen Operationen	2250	131,15				
				3206	Enterostomie	2250	131,15				
				3207	Anlegen, Anus praeter	1480	86,27				
				3208	Verschlussoperation für Anus praeter	1250	72,86				
				3209	Verschlussoperation für Anus praeter, mit Darmresektion	1750	102,00				
				3210	Anlegen, Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57				
				3211	Unterweisung eines Anus-praeter-						
XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie				XV. Hernienchirurgie							
3120	Diagnostische Peritonealspülung	300	17,49					3280	Operation, Diaphragmahernie	2770	161,46
3121	Choledochoskopie, bei intraabdominaler Operation	500	29,14					3281	Operation, Zwerchfellrelaxation	2250	131,15
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen	375	21,86					3282	Zurückbringen eines einge- klemmten Bruches	222	12,94
3125	Eröffnung des Ösophagus, vom Hals aus	1110	64,70					3283	Operation, Nabel-/Mittellinien-/ Bauchnarbenbruch	1110	64,70
3126	Intrathorakaler Eingriff am Öso- phagus	4000	233,15					3284	Operation, Nabel-/Mittellinien-/ Bauchnarbenbruch, mit Muskel-/ Faszienschleppplastik/ Darmresektion	2500	145,72
3127	Operation der Ösophagusatresie, beim Kleinkind	5000	291,44					3285	Operation, Leisten-/Schenkelbruch	1290	75,19
3128	Operative Beseitigung, angeborene ösophagotracheale Fistel	3000	174,86					3286	Operation, eingeklemmter Leisten-/ Schenkelbruch	2000	116,57
3129	Operativer Eingriff, terminaler Ösophagus, bei abdominalem Zugang	3000	174,86					3287	Operation, Omphalozele/ Gastroschisis, beim Kleinkind	2500	145,72
3130	Operativer Eingriff, Ösophagus, bei abdominalthorakalem Zugang	5000	291,44					3288	Operative Beseitigung, Ductus omphaloentericus persistens/ Urachusfistel	2250	131,15
3135	Eröffnung, Bauchhöhle, zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70								
3136	Eröffnung, subphrenischer Abszess	1110	64,70								
3137	Eröffnung, Abszess im Bauchraum	1110	64,70								
3138	Anlage einer Magenfistel	1600	93,26								
3139	Eröffnung/Revision/Spülung, Bauchraum, bei Peritonitis	2770	161,46								
3144	Naht, Magen-/Darmwand, nach Perforation/Verletzung	1900	110,75								
3145	Teilresektion, Magen	2770	161,46								
3146	Kardiaresektion	4000	233,15								
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78								
3148	Resektion, Ulcus pepticum	4000	233,15								
3149	Umwandlungsoperation, Magen	5250	306,01								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3305	der Behandlung nach Nr. 3301 Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	227	13,23
3306	Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule	37	2,16
3310	Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß	148	8,63
3311	Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unter- schenkel/Fuß	76	4,43
3312	Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf	152	8,86
3313	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein	189	11,02
3314	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter	303	17,66
3315	Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken	379	22,09
3316	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf	473	27,57
3317	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm	757	44,12
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfs- mitteln	946	55,14
		95	5,54

Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind sol-
che orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren
Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist.
Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Kor-
rektur von bereits vorhandenen, anderweitig ange-
fertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen
Hilfsmitteln zu verstehen.

M. LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

- Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.
Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten – auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.
Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.
- Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
- Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
- Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden.
Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.

- Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
- Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.
Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Messgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.
Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muss in der Rechnung angegeben werden.
Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.
- Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
- Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
- Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst:
Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);
Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;
Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;
Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.
Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
- Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
- Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 sind nur nach Nr. 437 berechnungsfähig.

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

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

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

**3500 Blut im Stuhl, dreimalige Unter-
suchung** 90 5,25

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.

3501 Blutsenkung 60 3,50
3502 Differenzierung, Blutaussstrich 120 6,99
3503 Hämatokrit 70 4,08

**Mikroskopische Einzelbestimmung,
je Messgröße** 60 3,50

Katalog

3504 Erythrozyten
3505 Leukozyten
3506 Thrombozyten

**3508 Mikroskopie, Nativpräparat, je
Material** 80 4,66

**3509 Mikroskopie nach einfacher
Färbung, je Material** 100 5,83

**3510 Mikroskopie nach differenzierender
Färbung, je Präparat** 120 6,99

**3511 Teststreifenuntersuchung,
je Untersuchung** 50 2,91

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.

Untersuchung, je Messgröße 70 4,08

Katalog

3512 Alpha-Amylase
**3513 Gamma-Glutamyltranspeptidase
(Gamma-GT)**
3514 Glukose
3515 Glutaminoxalazettransaminase (GOT)
3516 Glutamylpyruvattransaminase (GPT)
3517 Hämoglobin
3518 Harnsäure
3519 Kalium
3520 Kreatinin
3521 Lipase

Untersuchung, je Messgröße 100 5,83

Katalog

3523 Antistreptolysin (ASL)
3524 C-reaktives Protein (CRP)
3525 Mononukleotest
3526 Rheumafaktor (RF)

**3528 Schwangerschaftstest (Nachweis-
grenze kleiner als 500 U/l)** 130 7,58

**3529 Schwangerschaftstest
(Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)** 150 8,74

3530 Thromboplastinzeit (Quickwert) 120 6,99

3531 Urinsediment 70 4,08

3532 Mikroskopie, Urinsediment 90 5,25

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
II. Basislabor				5. Substrate, Metabolite, Enzyme				3631.H Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10			
Allgemeine Bestimmungen				Allgemeine Bestimmung				1400 81,60			
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.				3633.H Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.								550 32,06			
Höchstwerte								1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)			
3541.H Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II								3650 Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung			
480 27,98								60 3,50			
1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen								<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>			
3550 Blutbild/Blutbildbestandteile								3651 Mikroskopie, Urinsediment			
60 3,50								70 4,08			
<i>Die Leistung nach Nr. 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden:</i>								3652 Streifentest im Urin, je Untersuchung			
<i>Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.</i>								35 2,04			
3551 Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550								3653 Urinsediment			
20 1,17								50 2,91			
3552 Retikulozytenzahl								3654 Zellzählung im Urin (Addis-Count)			
70 4,08								80 4,66			
2. Elektrolyte, Wasserhaushalt				6. Gerinnungssystem				2. Sekrete, Liquor, Konkreme			
3555 Calcium								3660 Mikroskopie, Sekret			
40 2,33								40 2,33			
3556 Chlorid								3661 Gallensediment			
30 1,75								40 2,33			
3557 Kalium								3662 HCl			
30 1,75								70 4,08			
3558 Natrium								3663 Differenzierung, Sperma			
30 1,75								160 9,33			
3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel								3664 Spermienagglutination			
Allgemeine Bestimmung								120 6,99			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.								3665 Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz			
3560 Glukose								150 8,74			
40 2,33								3667 Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung			
3561 Glykierte Hämoglobine (HbA1), HbA1c)								70 4,08			
200 11,66								3668 Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma			
3562.H1 Cholesterin								400 23,31			
40 2,33								<i>Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>			
3563.H1 HDL-Cholesterin								3669 Erythrozytenzahl (Liquor)			
40 2,33								60 3,50			
3564.H1 LDL-Cholesterin								3670 Leukozytenzahl (Liquor)			
40 2,33								60 3,50			
3565.H1 Triglyzeride								3671 Differenzierung, Liquorzellausstrich			
40 2,33								160 9,33			
4. Proteine, Elektrophoreseverfahren								3672 Steinanalyse, Infrarotspektrometrie/Mikroskopie			
Allgemeine Bestimmung								250 14,57			
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.								3673 Steinanalyse, Röntgendiffraktion			
3570.H1 Albumin, photometrisch								570 33,22			
30 1,75								3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen			
3571 Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin								3680 Differenzierung, Blutaussstrich			
150 8,74								90 5,25			
3572 Immunglobulin E (IgE)								3681 Differenzierung, Knochenmarkausstrich			
250 14,57								570 33,22			
3573.H1 Gesamt-Protein Serum/Plasma								3682 Eisenfärbung, Blut-/Knochenmarkausstrich			
30 1,75								120 6,99			
3574 Proteinelektrophorese Serum								3683 Färbung, Blut-/Knochenmarkausstrich, je Färbung			
200 11,66								250 14,57			
3575 Transferrin								3686 Eosinophilenzahl			
100 5,83								70 4,08			
								3688 Osmotische Resistenz, Erythrozyten			
								90 5,25			
								3689 Fetales Hämoglobin (HbF)			
								160 9,33			
								3690 Freies Hämoglobin			
								180 10,49			
								3691 Hämoglobinelektrophorese			
								570 33,22			
								3692 Methämoglobin/Carboxyhämoglobin/Sauerstoffsättigung			
								60 3,50			
								3693 Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest			
								570 33,22			
								3694 Lymphozytentransformationstest			
								570 33,22			
								3695 Phagozytäre Funktion, Granulozyten			
								120 6,99			
								3696 Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, je Antiserum			
								570 33,22			
								3697 Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, weitere Antiseren, je Antiserum			
								250 14,57			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3698	Die Leistung nach Nr. 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3696 berechnet werden. Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz	450	26,23	3762	Schwefelhaltige Aminosäuren, je Aminosäurenbestimmung	40	2,33	3820.H2	Nebenniere		
3699	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz, weitere Antiseren, je Antiserum	360	20,98	3763	SDS-Elektrophorese mit Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	33,22	3821.H2	Parietalzellen		
	Die Leistung nach Nr. 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3698 berechnet werden.			3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	14,57	3822.H2	Skelettmuskulatur		
3700	Tumorstammzellenassay	2000	116,57	3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	450	26,23	3823.H2	Speicheldrüsengewebe		
				3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG)	250	14,57	3824.H2	Spermien		
				3767	Tumornekrosefaktor (TNF)	450	26,23	3825.H2	Thyreoglobulin		
				3768	Isolierung, Immunglobulin M, chromatographisch	360	20,98	3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten		
								3827.H2	Ähnliche Untersuchungen		
									Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
								Quantitative		510	29,73
								Katalog	Antikörper gegen		
								3832	Basalmembran		
								3833	Centromerregion		
								3834	Endomysium		
								3835	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)		
								3836	Glatte Muskulatur (SMA)		
								3838	Haut		
								3839	Herzmuskulatur		
								3840	Kerne (ANA)		
								3841	Kollagen		
								3842	Langerhans-Inseln		
								3843	Mikrosomen (Thyroxinperoxidase)		
								3844	Mikrosomen		
								3845	Mitochondrien (AMA)		
								3846	nDNA		
								3847	Parietalzellen		
								3848	Skelettmuskulatur		
								3849	Speicheldrüsengewebe		
								3850	Spermien		
								3852	Thyreoglobulin		
								3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten		
								3854	Ähnliche Untersuchungen		
									Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
								Subformen antinukleärer/zytoplasmatischer Antikörper		300	17,49
								Katalog	Antikörper gegen		
								3857	dDNS		
								3858	Histone		
								3859	Ribonukleoprotein (RNP)		
								3860	Sm-A-Antigen		
								3861	SS-A-Antigen		
								3862	SS-B-Antigen		
								3863	Scl-70-Antigen		
								3864	Ähnliche Untersuchungen		
									Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
								Antikörper, Ligandenassay		450	26,23
								Katalog	Antikörper gegen		
								3868	Azetylcholinrezeptoren		
								3869	Cardiolipin (IgG-/IgM-Fraktion), je Fraktion		
								3870	Interferon alpha		
								3871	Mikrosomen (Thyroxinperoxydase)		
								3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
								3873	Myeloperoxidase (P-ANCA)		
								3874	Proteinase 3 (C-ANCA)		
								3875	Spermien		
								3876	Thyreoglobulin		
								3877	Ähnliche Untersuchungen		
									Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
								3879	Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK)	550	32,06
								3881	Zirkulierende Immunkomplexe	290	16,90
								Qualitativer Antikörperrückweis, Agglutination		90	5,25

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
<i>Katalog</i> Antikörper gegen				Sequenzermittlung				anzugeben.			
3884	Fc von IgM (Rheumafaktor)					2000	116,57				
3885	Thyreoglobulin (Boydentest)							3987	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest	140	8,16
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immundiffusion				12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem				3988	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), indirekter Coombstest	200	11,66
<i>Katalog</i> Antikörper gegen				3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41	3989	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (acht bis zwölf Test-Präparationen), indirekter Coombstest, nach Nr. 3987/3988, je Test-Präparation	60	3,50
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)			3931	Antithrombin III, Immundiffusion	180	10,49	3990	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu	70	4,08
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test)	200	11,66	3932	Blutungszeit	60	3,50	3991	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu	100	5,83
9. Antikörper gegen körperfremde Antigene				3933	Fibrinogen, koagulometrisch	100	5,83	3992	Antikörper gegen Erythrozytenantigene, (acht bis zwölf Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu, nach Nr. 3990/3991, je Test-Präparation	30	1,75
Allgemeine Bestimmung				3934	Fibrinogen, Immundiffusion	180	10,49	3993	Bestimmung des Antikörpertiters, nach Nr. 3989/3992	400	23,31
Neben den Leistungen nach den Nrn. 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nrn. 3572, 3890 und/oder 3891 nicht berechnungsfähig.				3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99	3994	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Erythrozytenantigene	140	8,16
3890	RAST-Mischallergentest, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	14,57	3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	14,57	3995	Qualitativer Antikörper-Nachweis gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (bis zu zwei Titerstufen)	350	20,40
3891	RAST-Einzelallergentest, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	14,57	3937	Fibrinspaltprodukte, qualitativ	180	10,49	3996	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (mehr als zwei Titerstufen)	600	34,97
3892	Trägergebundener Einzel-/Mischallergentest (mindestens vier Allergene auf einem Träger), je Träger	200	11,66	3938	Fibrinspaltprodukte, quantitativ	360	20,98	3997	Direkter Coombstest, mindestens zwei Antisera	120	6,99
3893	Trägergebundener Einzelallergentest (mindestens neun Allergene auf einem Träger), je Träger	500	29,14	3939	Gerinnungsfaktor II/IV/VIII/IX/X, je Faktor	460	26,81	3998	Ermittlung der Antikörperklasse, nach Nr. 3989/3997, je Antiserum	90	5,25
3894	Trägergebundener Einzelallergentest (mindestens zwanzig Allergene auf einem Träger), je Träger	900	52,46	3940	Gerinnungsfaktor VII/XI/XII, je Faktor	720	41,97	3999	Antikörper-Elution/-Absorption, je Untersuchung	360	20,98
3895	Heterophile Antikörper, je Fraktion	1100	64,12	3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag	250	14,57	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>			
3896	Antikörper gegen Gliadin, qualitativ	290	16,90	3942	Gerinnungsfaktor XIII	180	10,49	4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	11,66
3897	Antikörper gegen Gliadin, quantitativ	510	29,73	3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion	250	14,57	4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)/Identitätssicherung im ABO-System	300	17,49
3898	Antikörper gegen Insulin	450	26,23	3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA)	300	17,49	<i>Die Leistung nach Nr. 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>			
10. Tumormarker				3945	Heparin	140	8,16	4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	5,83
Allgemeine Bestimmung				3946	Partielle Thromboplastinzeit, Doppelbestimmung	70	4,08	4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organeln/Proteinen, je Isolierung	400	23,31
Für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3631.H zu beachten.				3947	Plasmatauschversuch	460	26,81	4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	43,72
3900.H3 Ca 125		300	17,49	3948	Plasminogen	140	8,16	4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86
3901.H3 Ca 15-3		450	26,23	3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI)	410	23,90	4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antisera), je Antiserum	30	1,75
3902.H3 Ca 19-9		300	17,49	3950	Plättchenfaktor (3, 4), je Faktor	480	27,98	4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83
3903.H3 Ca 50		450	26,23	3951	Protein C-Aktivität	450	26,23	4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72
3904.H3 Ca 72-4		450	26,23	3952	Protein C-Konzentration	450	26,23	4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38
3905.H3 Carcinoembryonales Antigen (CEA)		250	14,57	3953	Protein S-Aktivität	450	26,23	4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63
3906.H3 Cyfra 21-1		450	26,23	3954	Protein S-Konzentration	450	26,23	4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26
3907.H3 Neuronenspezifische Enolase (NSE)		450	26,23	3955	Reptilasezeit	100	5,83	4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72
3908.H3 Prostataspezifisches Antigen (PSA)		300	17,49	3956	Ristocetin-Cofaktor	200	11,66	4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	268,12
3909.H3 Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC)		450	26,23	3957	Thrombelastogramm	180	10,49	4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	134,06
3910.H3 Thymidinkinase		450	26,23	3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex	480	27,98				
3911.H3 Tissue-polypeptide-Antigen (TPA)		450	26,23	3959	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83				
11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite				3960	Thromboplastinzeit (Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08				
3920	Isolierung humaner Nukleinsäuren	900	52,46	3961	Thrombozytenaggregationstest	900	52,46				
3921	Spaltung humaner Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74	3962	Thrombozytenausbreitung	60	3,50				
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14	3963	Von Willebrand-Faktor (vWF)	480	27,98				
3923	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität	360	20,98				
3924	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung, je Sonde	300	17,49	3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration	260	15,15				
3925	Trennung humaner Nukleinsäurefragmente, Elektrophorese	600	34,97	3966	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97				
3926	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch			3967	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14				
				Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems							
				<i>Katalog</i>							
				3968	Komplementfaktor C3-Aktivität						
				3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion						
				3970	Komplementfaktor C4-Aktivität						
				3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion						
				13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System							
				3980	ABO-Merkmale	100	5,83				
				3981	ABO-Merkmale/Isoagglutinine	180	10,49				
				3982	ABO-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusfaktor	300	17,49				
				3983	ABO-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusformel	500	29,14				
				Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale							
				<i>Katalog</i>							
				3984	im NaCl-/Albumin-Milieu, je Merkmal	120	6,99				
				3985	im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	11,66				
				3986	im indirekten Coombstest (Kidd/Lutheran), je Merkmal	360	20,98				
				Bei den Leistungen nach den Nrn. 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung							

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Glukose/Wachstumshormon/ Insulin)			
Allgemeine Bestimmung				4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay	900	52,46	4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung Wachstumshormon)	2100	122,40
Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.				Hormonbestimmung, Chromatographie/ Photometrie				4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron)	700	40,80
Hormonbestimmung, Ligandenassay				<i>Katalog</i>				4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid)	960	55,96
<i>Katalog</i>				4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)			4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin)	500	29,14
4020	Cortisol			4072	Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin			4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol)	3840	223,82
4021	Follikotropin (FSH)			4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)			4107	Laktat-Ischämietest (fünfmalige Bestimmung Laktat)	900	52,46
4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)			4074	Metanephrine			4108	Laktose-Toleranztest (fünfmalige Bestimmung Glukose)	200	11,66
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)			4075	Serotonin			4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH)	1000	58,29
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)			4076	Steroidprofil			4110	MEGX-Test (Monoethylglycinylidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX)	500	29,14
4025	Insulin			4077	Vanillinmandelsäure (VMA)			4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Prolaktin)	700	40,80
4026	Luteotropin (LH)			4078	Ähnliche Untersuchungen			4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin)	2880	167,87
4027	Östriol			<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91
4028	Plazentalaktogen (HPL)			4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromato- graphie-Massenspektrometrie	350	20,40	4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91
4029.H4	T3-Uptake-Test			4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	120	6,99	4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin)	1920	111,91
4030	Thyreidea stimulierendes Hormon (TSH)			4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	6,99	4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat)	1080	62,95
4031.H4	Thyroxin			4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	8,16	4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH)	500	29,14
4032.H4	Trijodthyronin			4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	33,22	4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A)	720	41,97
4033	Ähnliche Untersuchungen			4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	33,22	16. Porphyrine und ihre Vortäuf			
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57	4120	Delta-Aminolaevulinsäure	570	33,22
Hormonbestimmung, Ligandenassay				4086	Östrogenrezeptoren	1200	69,94	4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57
<i>Katalog</i>				4087	Progesteronrezeptoren	1200	69,94	4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron			4088	Andere Hormonrezeptoren	1200	69,94	4123	Porphobilinogen (PBG), qualitativ	60	3,50
4036	Androstendion			4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	26,23	4124	Porphobilinogen (PBG)	570	33,22
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)			15. Funktionsteste				4125	Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material	570	33,22
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)			Allgemeine Bestimmungen				4126	Porphyrinprofil, Dünnschicht- chromatographie, je Material	460	26,81
4039	Östradiol			Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				17. Spurenelemente, Vitamine			
4040	Progesteron			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.				4130	Eisen im Urin	120	6,99
4041	Prolaktin			4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4131	Kupfer im Serum/Plasma	40	2,33
4042	Testosteron			4091	ACTH-Kurzttest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4132	Kupfer im Urin	410	23,90
4043	Wachstumshormon (HGH)			4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin)	1140	66,45	4133	Mangan	410	23,90
4044	Ähnliche Untersuchungen			4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol)	1000	58,29	4134	Selen	410	23,90
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol)	2190	127,65	4135	Zink	90	5,25
Hormonbestimmung, Ligandenassay				4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose)	200	11,66	4138	25-Hydroxy-Vitamin D	480	27,98
<i>Katalog</i>				4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen)	120	6,99	4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol)	750	43,72
4045	Aldosteron			4097	Dexamethasonhemmttest, Kurzttest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14	4140	Folsäure/Vitamin B12	250	14,57
4046	C-Peptid			4098	Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage)			Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie			
4047	Calcitonin			4099	Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage)			<i>Katalog</i>			
4048	cAMP			4100	Fraktionierte Magensekretions- analyse (Viermalige Titration HCl)	280	16,32	4141	Vitamin A		
4049	Corticotropin (ACTH)			4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung			4142	Vitamin E		
4050	Erythropoetin			17. Spurenelemente, Vitamine				Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie			
4051	Gastrin			Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				570			
4052	Glukagon			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.				33,22			
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauteringravidität			Allgemeine Bestimmungen				Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie			
4054	Osteocalcin			Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				570			
4055	Oxytocin			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.				33,22			
4056	Parathormon			15. Funktionsteste				16. Porphyrine und ihre Vortäuf			
4057	Reninaktivität (PRA)			Allgemeine Bestimmungen				17. Spurenelemente, Vitamine			
4058	Reninkonzentration			Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				360			
4060	Somatomedin			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.				20,98			
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)			15. Funktionsteste				16. Porphyrine und ihre Vortäuf			
4062	Ähnliche Untersuchungen			Allgemeine Bestimmungen				17. Spurenelemente, Vitamine			
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				570			
Hormonbestimmung, Ligandenassay				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.				33,22			
<i>Katalog</i>				15. Funktionsteste				16. Porphyrine und ihre Vortäuf			
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)			Allgemeine Bestimmungen				17. Spurenelemente, Vitamine			
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)			Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				360			
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)			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.				16. Porphyrine und ihre Vortäuf			
4067	Parathyroid hormone related peptide			Allgemeine Bestimmungen				17. Spurenelemente, Vitamine			
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)			Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abwei- chende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.				570			
4069	Ähnliche Untersuchungen			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.				33,22			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
<i>Katalog</i>					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4242	Listerien, je Typ		
4144	25-Hydroxy-Vitamin D							4243	Rickettsien		
4145	Vitamin B1							4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen		
4146	Vitamin B6				Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	450	26,23	4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen		
4147	Vitamin K			<i>Katalog</i>				4246	Staphylolysin		
	18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen			4203	Antibiotika			4247	Streptolysin		
				4204	Antimykotika			4248	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)		
	Untersuchung, Ligandenassay	250	14,57		Untersuchung, Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90	4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ		
<i>Katalog</i>				<i>Katalog</i>				4250	Ähnliche Untersuchungen		
4150	Amikacin			4206	Valproinsäure				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4151	Amphetamin			4207	Ethanol				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90
4152	Azetaminophen			4208	Ähnliche Untersuchungen			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen		
4153	Barbiturate				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4251	Bordetella pertussis		
4154	Benzodiazepine			4209	Untersuchung von exogenen Giften, Gaschromatographie, je Untersuchung	480	27,98	4252	Borrelia burgdorferi		
4155	Cannabinoide			4210	Untersuchung von exogenen Giften, Gaschromatographie-Massen- spektrometrie, je Untersuchung	900	52,46	4253	Chlamydia trachomatis		
4156	Carbamazepin			4211	Ethanol	150	8,74	4254	Coxiella burneti		
4157	Chinidin			4212	Exogene Gifte, Screening	250	14,57	4255	Legionella pneumophila		
4158	Cocainmetabolite			4213	Identifikation von exogenen Giften, Dünnschichtchromatographie, je Untersuchung	360	20,98	4256	Leptospiren (IgA/IgG/IgM)		
4160	Desipramin			4214	Lithium	60	3,50	4257	Mycoplasma pneumoniae		
4161	Digitoxin				19. Antikörper gegen Bakterienantigene			4258	Rickettsien		
4162	Digoxin				Allgemeine Bestimmung			4259	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)		
4163	Disopyramid				Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.			4260	Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)		
4164	Ethosuximid				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion	90	5,25	4261	Ähnliche Untersuchungen		
4165	Flecainid			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4166	Gentamicin			4220	Borrelia burgdorferi				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73
4167	Lidocain			4221	Brucellen			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen		
4168	Methadon			4222	Campylobacter			4263	Bordetella pertussis		
4169	Methotrexat			4223	Francisellen			4264	Borrelia burgdorferi		
4170	N-Azetilprocainamid			4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ			4265	Chlamydia trachomatis		
4171	Netilmicin			4225	Leptospiren			4266	Coxiella burneti		
4172	Opiate			4226	Listerien, je Typ			4267	Legionella pneumophila		
4173	Phenobarbital			4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)			4268	Mycoplasma pneumoniae		
4174	Phenytoin			4228	Salmonellen-H-Antigene			4269	Rickettsien		
4175	Primidon			4229	Salmonellen-O-Antigene			4270	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)		
4176	Propaphenon			4230	Staphylolysin			4271	Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)		
4177	Salizylat			4231	Streptolysin			4272	Ähnliche Untersuchungen		
4178	Streptomycin			4232	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4179	Theophyllin			4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	800	46,63
4180	Tobramicin			4234	Ähnliche Untersuchungen			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen		
4181	Valproinsäure				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4273	Treponema pallidum (19S-IgM-FTA-ABS-Test)		
4182	Ähnliche Untersuchungen				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	230	13,41		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen		
4185	Cyclosporin	300	17,49	4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)			4275	Campylobacter		
	Untersuchung, Ligandenassay	700	40,80	4236	Borrelia burgdorferi			4276	Chlamydia psittaci		
<i>Katalog</i>				4237	Brucellen			4277	Chlamydia trachomatis		
4186	Amitriptylin			4238	Campylobacter			4278	Coxiella burneti		
4187	Imipramin			4239	Francisellen			4279	Gonokokken		
4188	Nortriptylin			4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ			4280	Leptospiren		
	Untersuchung, Atomabsorption	410	23,90	4241	Leptospiren			4281	Listerien		
<i>Katalog</i>					<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4282	Mycoplasma pneumoniae		
4190	Aluminium				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	230	13,41	4283	Treponema pallidum		
4191	Arsen			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen			4284	Yersinien		
4192	Blei			4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)			4285	Ähnliche Untersuchungen		
4193	Cadmium			4236	Borrelia burgdorferi				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4194	Chrom			4237	Brucellen				Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40
4195	Gold			4238	Campylobacter			<i>Katalog</i>	Antikörper gegen		
4196	Quecksilber			4239	Francisellen			4286	Borrelia burgdorferi		
4197	Thallium			4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ			4287	Campylobacter		
4198	Ähnliche Untersuchungen			4241	Leptospiren						
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>										
	Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	360	20,98								
<i>Katalog</i>											
4199	Amiodarone										
4200	Antiepileptika										
4201	Chinidin										
4202	Ähnliche Untersuchungen										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro				
4288	Coxiella burneti			4333	Tollwut-Virus			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.							
4289	Leptospiren			4334	Varizella-Zoster-Virus										
4290	Mycoplasma pneumoniae			4335	Ähnliche Untersuchungen			Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay 300 17,49 Katalog Antikörper gegen							
4291	Ähnliche Untersuchungen			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.											
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.															
Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz 510 29,73				Katalog Antikörper gegen							
Katalog				Katalog Antikörper gegen											
4293	Streptolysin, Immundiffusion	180	10,49	4337	Adenoviren			4390	Cytomegalie-Virus						
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41	4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)			4391	Epstein-Barr-Virus						
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion	180	10,49	4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)			4392	FSME-Virus						
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell	120	6,99	4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)			4393	HBc-Antigen						
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell	120	6,99	4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus			4394	Herpes simplex-Virus						
20. Antikörper gegen Virusantigene				4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted			4395	HIV						
				4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)			4396	Masern-Virus						
				4344	FSME-Virus			4397	Mumps-Virus						
				4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)			4398	Röteln-Virus						
				4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)			4399	Varizella-Zoster-Virus						
				4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)			4400	Ähnliche Untersuchungen						
				4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.							
				4349	HIV 1			Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay 350 20,40							
				4350	HIV 2			Katalog Antikörper gegen							
				4351	Influenza A-Virus			4402	HBc-Antigen						
4352	Influenza B-Virus			4403	HBe-Antigen										
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus			4404	Ähnliche Untersuchungen										
4354	Masern-Virus			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.											
4355	Mumps-Virus			Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay											
4356	Parainfluenza-Virus 1			Katalog Antikörper gegen											
4357	Parainfluenza-Virus 2			4405	Delta-Antigen	800	46,63								
4358	Parainfluenza-Virus 3			4406	Hepatitis C-Virus	400	23,31								
4359	Respiratory syncytial virus			Antikörper-Bestimmung, andere Methoden 800 46,63											
4360	Röteln-Virus			Katalog Antikörper gegen											
4361	Tollwut-Virus			4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot										
4362	Varizella-Zoster-Virus			4409	HIV, Immunoblot										
4363	Ähnliche Untersuchungen			21. Antikörper gegen Pilzantigene											
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.				Allgemeine Bestimmung											
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion 240 13,99				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR) 250 14,57				Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.							
Katalog Antikörper gegen				Katalog Antikörper gegen				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz 290 16,90							
4305	Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnel-Test)			4365	Adenoviren			Katalog Antikörper gegen							
4306	Röteln-Virus			4366	Coronaviren			4415	Candida albicans						
4307	Ähnliche Untersuchungen			4367	Influenza A-Virus			4416	Ähnliche Untersuchungen						
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.				4368	Influenza B-Virus			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.							
				4369	Influenza C-Virus			Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz 510 29,73							
				4370	Lymphozytäres Choriomenigitis-Virus			Katalog Antikörper gegen							
				4371	Parainfluenza-Virus 1			4418	Candida albicans						
				4371a	Parainfluenza-Virus 2			4419	Ähnliche Untersuchungen						
				4372	Parainfluenza-Virus 3			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.							
				4373	Polyomaviren			Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion 90 5,25							
				4374	Reoviren			Katalog Antikörper gegen							
				4375	Respiratory syncytial virus			4421	Aspergillus						
				4376	Ähnliche Untersuchungen			4422	Candida albicans						
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.				4423 Ähnliche Untersuchungen											
Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay 240 13,99				Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.											
Katalog Antikörper gegen															
4310	Adenoviren			4378	Cytomegalie-Virus										
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)			4379	FSME-Virus										
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)			4380	HBe-Antigen										
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)			4381	HBs-Antigen										
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus			4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)										
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted			4383	Hepatitis A-Virus (IgM)										
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)			4384	Herpes simplex-Virus										
4317	FSME-Virus			4385	Masern-Virus										
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)			4386	Mumps-Virus										
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)			4387	Röteln-Virus										
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)			4388	Varizella-Zoster-Virus										
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)			4389	Ähnliche Untersuchungen										
4322	HIV 1			Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.											
4323	HIV 2														
4324	Influenza A-Virus														
4325	Influenza B-Virus														
4327	Masern-Virus														
4328	Mumps-Virus														
4329	Parainfluenza-Virus 1														
4330	Parainfluenza-Virus 2														
4331	Parainfluenza-Virus 3														
4332	Respiratory syncytial virus														

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4425 Aspergillus 4426 Candida albicans 4427 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4460 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4461 Toxoplasma gondii 4462 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Katalog</i> 4515 Auraminfärbung 4516 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i> 4518 Mikroskop./immunolog. Bakterien-Nachweis nach Markierung, je Antiserum <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
22. Antikörper gegen Parasitenantigene											
Allgemeine Bestimmung Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4465 Entamoeba histolytica 4466 Leishmanien 4467 Schistosomen 4468 Toxoplasma gondii 4469 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung <i>Katalog</i> 4520 Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B 4521 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme 4522 Legionellen 4523 Neisseria meningitidis 4524 Neisseria gonorrhoeae 4525 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4430 Echinokokken 4431 Schistosomen 4432 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern Allgemeine Bestimmung Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Aufwand mit im Leistungstext konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muss die Art der berechneten Untersuchungen genau bezeichnet werden.				b. Züchtung/Gewebekultur			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4435 Echinokokken 4436 Schistosomen 4437 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien a. Untersuchungen im Nativmaterial				4530 Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung, je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4440 Entamoeba histolytica 4441 Leishmanien 4442 Plasmodien 4443 Pneumocystis carinii 4444 Schistosomen 4445 Toxoplasma gondii 4446 Trypanosoma cruzi 4447 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Bakterien-Nachweis im Nativmaterial, Agglutination, je Antiserum <i>Katalog</i> 4500 Betahämolysierende Streptokokken Typ B 4501 Hämostophilus influenzae Kapseltyp b 4502 Neisseria meningitidis Typen A und B 4503 Streptococcus pneumoniae 4504 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4531 Bakterien-Nachweis, Züchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium <i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4448 Entamoeba histolytica 4449 Leishmanien 4450 Pneumocystis carinii 4451 Plasmodien 4452 Schistosomen 4453 Toxoplasma gondii 4454 Trypanosoma cruzi 4455 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Mikroskop. Bakterien-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i> 4506 Methylenblaufärbung 4508 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4532 Bakterien-Nachweis, Züchtung in CO₂-Atmosphäre, je Nährmedium 4533 Bakterien-Nachweis, anaerobe Züchtung, je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR) <i>Katalog Antikörper gegen</i> 4456 Echinokokken 4457 Entamoeba histolytica 4458 Leishmanien 4459 Toxoplasma gondii <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i> 4510 Giemsa-Färbung 4511 Gramfärbung 4512 Ziehl-Neelsen-Färbung 4513 Ähnliche Untersuchungen <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4538 Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
				Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach Anfärbung mit Fluorochromen, je Untersuchung				4539 Bakterien-Nachweis, aufwendige Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
								4540 Anzüchtung von Mykobakterien, je Untersuchungsmaterial			
								4541 Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz			
								4542 Nachweis von bakteriellen			
								4543 Nachweis von Pilzen			
								4544 Nachweis von Viren			
								4545 Nachweis von Parasiten			
								4546 Nachweis von Toxinen			
								4547 Nachweis von Antikörpern			
								4548 Nachweis von Enzymen			
								4549 Nachweis von Hormonen			
								4550 Nachweis von Vitaminen			
								4551 Nachweis von Mineralstoffen			
								4552 Nachweis von Spurenelementen			
								4553 Nachweis von Giftstoffen			
								4554 Nachweis von Drogen			
								4555 Nachweis von Antibiotika			
								4556 Nachweis von Antikörpern			
								4557 Nachweis von Enzymen			
								4558 Nachweis von Hormonen			
								4559 Nachweis von Vitaminen			
								4560 Nachweis von Mineralstoffen			
								4561 Nachweis von Spurenelementen			
								4562 Nachweis von Giftstoffen			
								4563 Nachweis von Drogen			
								4564 Nachweis von Antibiotika			
								4565 Nachweis von Antikörpern			
								4566 Nachweis von Enzymen			
								4567 Nachweis von Hormonen			
								4568 Nachweis von Vitaminen			
								4569 Nachweis von Mineralstoffen			
								4570 Nachweis von Spurenelementen			
								4571 Nachweis von Giftstoffen			
								4572 Nachweis von Drogen			
								4573 Nachweis von Antibiotika			
								4574 Nachweis von Antikörpern			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
4543	Toxinen auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57		Bakterienuntersuchung, Agglutination (bis zu 15 Antiseren je Keim), je Antiserum	120	6,99	4607	Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50
	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, mit Spezifitätsprüfung, je Untersuchung	500	29,14		<i>Katalog</i>				<i>f. Empfindlichkeitstestung</i>		
	<i>c. Identifizierung/Typisierung</i>			4572	Beta-hämolysierende Streptokokken			4610	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Agardiffusionstest/ Plättchentest, je geprüfter Substanz	20	1,17
4545	Orientierende Bakterien-Identifi- zierung, je Test und Keim	60	3,50	4573	Escherichia coli				<i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Lei- stung nach Nr. 4610 ist in der Rechnung zu begrün- den.</i>		
4546	Bakterien-Identifizierung, aufwändigere Verfahren, je Test und Keim	120	6,99	4574	Salmonellen			4611	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75
4547	Bakterien-Identifizierung, Mehrtestverfahren, je Keim	120	6,99	4575	Shigellen			4612	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Antibiotikadilutionstest, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	2,91
4548	Bakterien-Identifizierung, bunte Reihe, je Keim	160	9,33	4576	Ähnliche Untersuchungen			4613	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, minimale mikrobizide Antibiotikakonzentration, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	4,37
4549	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe, je Keim	240	13,99		<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>			4614	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Anzüchtung in Flüssigmedien/ mechanisierte Messung, je Untersuchung	250	14,57
4550	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe in anaerober Atmosphäre, je Keim	330	19,23		<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>				2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren		
4551	Identifizierung von Mykobakte- rium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	17,49	4584	Bakterien-Nachweis, Flüssigmedien mit Substratverbrauch/Reaktions- produkten, je Untersuchung	250	14,57		<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>		
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			4585	Nachweis von Mykobakterien, Flüssigmedien/ mechanisierte Messung, je Untersuchung	350	20,40		Virus-Antigen-Nachweis, Agglutinations- reaktion, je Untersuchung	60	3,50
	Mikroskop. Bakterienuntersuchung nach Anfärbung, je Untersuchung	60	3,50		<i>d. Toxinnachweis</i>				<i>Katalog</i>		
	<i>Katalog</i>				Nachweis von Bakterientoxinen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4630	Rota-Viren		
4553	Gramfärbung				<i>Katalog</i>			4631	Ähnliche Untersuchungen		
4554	Neisser-Färbung			4590	Clostridium difficile/tetani/ botulinum				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzu- geben.</i>		
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung			4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme				Mikroskop. Nachweis von Einschluss-/ Elementarkörperchen aus Zellmaterial, je Untersuchung	80	4,66
4556	Ähnliche Untersuchungen			4592	Staphylococcus aureus				<i>Katalog</i>		
	<i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4593	Vibrien			4633	Herpes simplex Viren		
4560	Mikroskop./immunolog. Bakterien- untersuchung nach Markierung, je Antiserum	290	16,90	4594	Ähnliche Untersuchungen			4634	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>				<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzu- geben.</i>		
	Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, qualitativ, je Untersuchung	250	14,57		Nachweis von Bakterienantigenen/-toxinen, Präzipitation, je Untersuchung	250	14,57	4636	Mikroskop./immunolog. Nachweis von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
	<i>Katalog</i>				<i>Katalog</i>			4637	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, je Untersuchung	3180	185,35
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken			4596	Clostridium botulinum				Virus-Antigen-Nachweis, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme			4597	Corynebacterium diphtheriae				<i>Katalog</i>		
4563	Legionellen			4598	Staphylokokkentoxin			4640	Adeno-Viren		
4564	Neisseria meningitidis			4599	Ähnliche Untersuchungen			4641	Hepatitis A-Viren		
4565	Ähnliche Untersuchungen				<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>			4642	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>			4601	Nachweis von Bakterientoxinen, Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	29,14	4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)		
	Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90		<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			4644	Influenza-Viren		
	<i>Katalog</i>				<i>e. Keimzahl, Hemmstoffe</i>			4645	Parainfluenza-Viren		
4567	Anaerobier			4605	Keimzahlbestimmung mittels Eintauchobjektträgerkultur, je Urinuntersuchung	60	3,50	4646	Rota-Viren		
4568	Ähnliche Untersuchungen			4606	Keimzahlbestimmung mittels Oberflächenkulturen/Plattenguss- verfahren, je Untersuchungsmaterial	250	14,57	4647	Respiratory syncytial virus		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzu- geben.</i>				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzu- geben.</i>			4648	Ähnliche Untersuchungen		
4570	Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromato- graphie nach aufwendiger Probenvorbereitung/Derivati- sierungsreaktion, je Untersuchung	570	33,22								
4571	Bakterienuntersuchung, chromatographische Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
<i>b. Züchtung</i>				<i>b. Züchtung</i>				4750	Würmer/Wurmeier		
4655	Nachweis von Viren, Gewebekultur, je Ansatz	450	26,23	4715	Pilz-Nachweis, Züchtung auf einfachen Nährmedien, je Nährmedium	100	5,83	4751	Ähnliche Untersuchungen		
<i>c. Identifizierung, Charakterisierung</i>				<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Allgemeine Bestimmungen				4716	Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium	120	6,99	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung			
<i>Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nr. 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nr. 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nrn. 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.</i>				<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				Katalog	250	14,57	
4665	Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz	250	14,57	4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium	120	6,99	4753	Giemsafärbung		
4666	Identifizierung von Viren, aufwändigere Verfahren, je Ansatz	250	14,57	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>				4754	Ähnliche Untersuchungen		
4667	Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57	<i>c. Identifizierung/Charakterisierung</i>				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen, Immunoblotting, je Untersuchung	330	19,23	4720	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99	4756	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, je Untersuchung	200	11,66
4670	Mikroskop./immunolog. Identifizierung von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4721	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57	4757	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, quantitativ, je Untersuchung	250	14,57
4671	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35	4722	Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung	120	6,99	4758	Mikroskop./immunolog. Parasiten-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung				4723	Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4759	Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
Katalog				4724	Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	<i>b. Züchtung</i>			
4675	Adeno-Viren			<i>d. Empfindlichkeitstestung</i>				Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung			
4676	Influenza-Viren			4727	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99	Katalog	250	14,57	
4677	Parainfluenza-Viren			4728	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, Reihenverdünnungstest, je Test	250	14,57	4760	Amöben		
4678	Rota-Viren			4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten				4761	Lamblien		
4679	Respiratory syncytial virus			<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung</i>				4762	Trichomonaden		
4680	Ähnliche Untersuchungen			Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung				4763	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Katalog				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen				<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				<i>c. Identifizierung</i>			
<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>				Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, nach Anzüchtung, je Untersuchung				120	6,99		
Nachweis von Pilzantigenen, Agglutination, je Antiserum		120	6,99	Katalog				<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4705	Aspergillus			Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung				4768	Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
4706	Candida			4740	Amöben	120	6,99	<i>d. Xenodiagnostische Untersuchungen</i>			
4707	Kryptokokkus neoformans			4741	Lamblien			Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung			
4708	Ähnliche Untersuchungen			4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)			Katalog	250	14,57	
<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4743	Trichomonaden			4770	Trypanosoma cruzi		
4710	Mikroskop. Pilz-Nachweis, je Material	80	4,66	4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier			4771	Ähnliche Untersuchungen		
4711	Mikroskop. Pilz-Nachweis, nach Präparation/Anfärbung, je Material	120	6,99	4745	Ähnliche Untersuchungen			<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4712	Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten			
4713	Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung				Allgemeine Bestimmung			
				Katalog				Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder			
				4747	Amöben	160	9,33				
				4748	Lamblien						
				4749	Trichomonaden						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
Material nach Anzüchtung) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.				O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRAHLENTHERAPIE				Röntgen, Arm-/Bein-/Becken-Teile, ganz(r) Hand/Fuß, Kreuzbein			
4780	Isolierung mikrobieller Nukleinsäuren	900	52,46	I. Strahlendiagnostik				5030	jeweils zwei Ebenen	360	20,98
4781	Spaltung mikrobieller Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74	Allgemeine Bestimmungen				5031	ergänzende Ebene(n)	100	5,83
4782	Enzymatische Transkription von RNA	500	29,14	1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.				<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>			
4783	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	529,14	2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.				5035	Röntgen, Skelett-Teile, je Teil	160	9,33
4784	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29	3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.				<i>Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>			
4785	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, je Sonde	300	17,49	4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.				<i>Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>			
4786	Trennung mikrobieller Nukleinsäuren, Elektrophorese	600	34,97	5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.				5037	Bestimmung des Skeletalters	300	17,49
4787	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, durch Sequenzermittlung	2000	116,57	6. Die Leistungen nach den Nrn. 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.				5040	Beckenübersicht	300	17,49
N. HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK				7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.				5041	Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr	200	11,66
I. Histologie				1. Skelett				5050	Kontrastuntersuchung, Hüfte/Knie/Schulter	950	55,37
4800	Histologische Untersuchung	217	12,65	Allgemeine Bestimmung				5060	Kontrastuntersuchung, Kiefer	500	29,14
4801	Histologische Untersuchung, Magen-/Darmschleimhaut	289	16,85	Neben den Leistungen nach den Nrn. 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.				5070	Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk	400	23,31
4802	Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung	289	16,85	Zähne				5090	Röntgen, Schädel	400	23,31
4810	Histologische/zytologische Untersuchung, zur Krebsdiagnostik	289	16,85	5000 Röntgen, Zähne, je Projektion 50 2,91				5095	Röntgen, Schädelteile	200	11,66
4811	Histologische Untersuchung, mit Schnittserien	289	16,85	<i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>				5098	Röntgen, Nasennebenhöhlen	260	15,15
4815	Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sonderverfahren	350	20,40	5002 Panoramaaufnahme, Kiefer 250 14,57				5100	Röntgen, HWS, zwei Ebenen	300	17,49
4816	Histologische Sofortuntersuchung (Schnellschnitt)	250	14,57	5004 Panoramascichtaufnahme, Kiefer 400 23,31				5101	ergänzende Ebene(n)	160	9,33
II. Zytologie				Röntgen, Finger/Zehen				5105	Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil	400	23,31
4850	Zytologische Untersuchung zur Zyklus-Phasenbestimmung	87	5,07	5010 jeweils zwei Ebenen 180 10,49				5106	ergänzende Ebene(n)	180	10,49
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4850 ist die Leistung nach Nr. 297 nicht berechnungsfähig.</i>				5011 ergänzende Ebene(n) 60 3,50				5110	Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität	500	29,14
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	130	7,58	<i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>				5111	ergänzende Ebene(n)	200	11,66
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4851 ist die Leistung nach Nr. 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i>				Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe				<i>Die Leistung nach Nr. 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>			
4852	Zytologische Untersuchung, nach besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial	174	10,14	5020 jeweils zwei Ebenen 220 12,82				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.</i>			
4860	Trichogramm, auch mehrere Präparate	160	9,33	5021 ergänzende Ebene(n) 80 4,66				<i>Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i>			
III. Zytogenetik				2. Hals- und Brustorgane				5115	Röntgen, mit Feinstfokus-/Xero-radiographietechnik, Hand/Fuß, je Teil	400	23,31
4870	Kerngeschlechtsbestimmung, auf X-Chromosomen	273	15,91	5130 Röntgen, Hals/Mundboden 280 16,32				5120	Röntgen, Rippen/Schulterblatt/Brustbein, eine Ebene	260	15,15
4871	Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen	289	16,85	5135 Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene 280 16,32				5121	ergänzende Ebene(n)	140	8,16
4872	Chromosomenanalyse	1950	113,66	<i>Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>				2. Hals- und Brustorgane			
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung	3030	176,61	5137 Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen 450 26,23				5139	Röntgen, Teil der Brustorgane	180	10,49
				5139 Röntgen, Teil der Brustorgane 180 10,49				<i>Die Berechnung der Leistung nach Nr. 5139 neben den Leistungen nach den Nrn. 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i>			
				<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>				5140	Röntgen, Brustorgane im Mittelformat	100	5,83

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3. Bauch- und Verdauungsorgane				Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt. Die Leistungen nach den Nrn. 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.				5316, je Serie 400 23,31			
5150	Kontrastuntersuchung, Speiseröhre, als selbständige Leistung	550	32,06	5300	Serienangiographie, Schädel/Brust/Bauch, eine Serie	2000	116,57	5318	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt	600	34,97
5157	Monokontrastuntersuchung, oberer Verdauungstrakt	700	40,80								
5158	Doppelkontrastdarstellung, oberer Verdauungstrakt, einschließlich der Nr. 5150	1200	69,94	5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5300, je Serie	400	23,31	Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.			
5159	Zuschlag zu Nrn. 5157 und 5158 bei Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49	Bei der angiographischen Darstellung von hirnvorsorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5301 berechnungsfähig.				5324	Koronarangiographie, ein Herzkranzgefäß, eine Serie	2400	139,89
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung	1300	75,77	5302	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			
5165	Monokontrastuntersuchung, Dickdarm	700	40,80					5325	Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie	3000	174,86
5166	Doppelkontrastuntersuchung, Dickdarm	1400	81,60	5303	Serienangiographie, Schädel/Brust/Bauch, bei Nrn. 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29	5326	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31
5167	Defäkographie	1000	58,29	5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5303, je Serie	200	11,66	5327	Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	58,29
5168	Pharyngographie, einschließlich Speiseröhre	1100	64,12	Bei der angiographischen Darstellung von hirnvorsorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5304 berechnungsfähig.				Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.			
5170	Kontrastuntersuchung, Gallenblase/Gallenwege/Pankreasgänge	400	23,31	5305	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49	5328	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94
5190	Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene	300	17,49	5306	Serienangiographie, Becken/beide Beine, eine Serie	2000	116,57				
Die Leistung nach Nr. 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				5307	Zweite Serie im Anschluss an Nr. 5306	600	34,97	Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.			
5191	Röntgen, Bauchübersicht, zwei oder mehr Ebenen	500	29,14	5308	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63	5329	Venographie, Brust/Bauch	1600	93,26
5192	Röntgen, Bauchteilaufnahme	200	11,66	Neben den Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nrn. 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.				5330	Venographie, Extremität	750	43,72
5200	Kontrastuntersuchung, Harntrakt	600	34,97	Werden die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nrn. 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.				5331	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	11,66
5201	Ergänzende Ebene zur Nr. 5200	200	11,66	5309	Serienangiographie, eine Extremität, eine Serie	1800	104,92	5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung	800	46,63
5220	Kontrastuntersuchung, Harntrakt retrograd, je Seite	300	17,49					Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.			
5230	Urethrozystographie, retrograd	300	17,49	5310	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5309, insgesamt	600	34,97	5338	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29
5235	Refluxzystographie, retrograd, als selbständige Leistung	500	29,14	5311	Serienangiographie, weitere Extremität, bei Nr. 5309, eine Serie	1000	58,29				
5250	Kontrastuntersuchung, Gebärmutter/Eileiter	400	23,31	5312	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5311, insgesamt	600	34,97	6. Interventionelle Maßnahmen			
4. Spezialuntersuchungen				5313	Angiographie mit Großkassetten, Becken/Bein, je Sitzung	800	46,63	Allgemeine Bestimmung			
5260	Röntgen, Gänge/Hohlräume/Fisteln	400	23,31	Die Leistung nach Nr. 5313 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.				Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.			
Die Leistung nach Nr. 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.				5315	Angiokardiographie einseitig, eine Serie	2200	128,23	5345	Dilatation, Arterien	2800	163,20
5265	Mammographie einer Seite, eine Ebene	300	17,49					Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			
Die Leistung nach Nr. 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				5316	Angiokardiographie beidseitig, eine Serie	3000	174,86	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.			
5266	Mammographie einer Seite, zwei Ebenen	450	26,23					Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
5267	Ergänzende Ebene zur Nr. 5266	150	8,74	5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder			5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97
5280	Myelographie	750	43,72								
5285	Bronchographie	450	26,23	Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig.			
5290	Tomographie, bis zu fünf Strahlenrichtungen, je Strahlenrichtung	650	37,89	Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
5295	Durchleuchtung, als selbständige Leistung	240	13,99	Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
5298	Zuschlag zu Nrn. 5010 bis 5290, digitale Radiographie			Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
Der Zuschlag nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
5. Angiographie				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
Allgemeine Bestimmungen				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			

36

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	ter als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radio- aktiven Stoffes. c. Lunge				Neben der Leistung nach Nr. 5444 ist die Leistung nach Nr. 5440 nicht berechnungsfähig. h. Endokrine Organe			n. Ergänzungsleistungen			
5415	Szintigraphie, Lungenperfusion, insgesamt	1300	75,77	5450	Szintigraphie, endokrin aktives Gewebe	1000	58,29	Allgemeine Bestimmung Die Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.			
5416	Szintigraphie, Lungenbelüftung mit Inhalation	1300	75,77		Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzu- geben. Für die Leistung nach Nr. 5450 sind zwei Wiederho- lungsuntersuchungen zugelassen, davon eine spä- ter als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en). Die Leistung nach Nr. 5450 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 nicht berechnungsfä- hig.			5480	Bestimmung von Impulsen mittels Gammakamera	750	43,72
	d. Herz							5481	Sequenzszintigraphie	680	39,64
5420	Radionuklidventrikulographie in Ruhe	1200	69,94					5483	Subtraktionsszintigraphie	680	39,64
5421	Radionuklidventrikulographie in Ruhe und unter Stimulation	3800	221,49					5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen	1300	75,77
	Neben der Leistung nach Nr. 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nr. 5473 berechnungsfähig.				i. Gastrointestinaltrakt			5485	Messung mit dem Ganzkörper- zähler	980	57,12
5422	Szintigraphie, Myokard in Ruhe	1000	58,29	5455	Szintigraphie, Gastrointestinal- trakt	1300	75,77	o. Emissions-Computer-Tomographie			
	Die Leistungen nach den Nrn. 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			5456	Szintigraphie, Leber/Milz	1300	75,77	5486	SPECT	1200	69,94
5423	Szintigraphie, Myokard unter Stimulation	2000	116,57		j. Hämatologie, Angiologie			5487	SPECT, mit regionaler Quanti- fizierung	2000	116,57
5424	Szintigraphie, Myokard in Ruhe und unter Stimulation	2800	163,20	5460	Szintigraphie, große Gefäße	900	52,46	5488	PET	6000	349,72
	Neben der Leistung nach Nr. 5424 sind die Leistungen nach den Nrn. 5422 und/oder 5423 nicht berech- nungsfähig.				Die Leistung nach Nr. 5460 ist neben der Leistung nach Nr. 5473 nicht berechnungsfähig.			5489	PET, mit quantifizierender Auswertung	7500	437,15
	e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie			5461	Szintigraphie, Lymphabflussgebiete	2200	128,23	2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)			
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie	2250	131,15	5462	Lebenszeit/Kinetik, Blutzellen	2200	128,23	5600	Radiojodtherapie, Schilddrüse	2480	144,55
5426	Teilkörperskelettszintigraphie	1260	73,44	5463	Zuschlag zu Nr. 5462, bei Bestimmung des Abbauports	500	29,14	5602	Radiophosphorthherapie, blutbildende Organe	1350	78,69
5427	Zwei-Phasenszintigraphie des Blutpools	400	23,31		Szintigraphische Suche Entzündungsherde/Thromben			5603	Radiopharmazeutika-Behandlung, Knochenmetastasen	1080	62,95
5428	Ganzkörperknochenmarks- zintigraphie	2250	131,15	5465	eine Region	1260	73,44	5604	Radiopharmazeutika-Instillation in Körperhöhlen	2700	157,38
	f. Tumorszintigraphie			5466	Ganzkörper	2250	131,15	5605	Tumorbehandlung mit radioaktiven Substanzen	2250	131,15
	Tumorszintigraphie				Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Lei- stung nach Nr. 5465 nicht mehrfach berechnungs- fähig. Für die Leistungen nach den Nrn. 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).			5606	Bestimmung der Therapieradioaktivität	900	52,46
5430	eine Region	1200	69,94		k. Resorptions- und Exkretionsteste				Die Leistung nach Nr. 5606 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
5431	Ganzkörper	2250	131,15	5470	Szintigraphie, Metabolismus von körpereigenen Stoffen	950	55,37	5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen	1620	94,43
	Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Lei- stung nach Nr. 5430 nicht mehrfach berechnungs- fähig. Für die Leistung nach Nr. 5430 sind zwei Wieder- holungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en). Die Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.				l. Sonstige				Die Leistung nach Nr. 5607 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
	g. Nieren			5472	Szintigraphie/Funktionsmessung ohne Gruppenzuordnung	950	55,37	III. Magnetresonanztomographie			
5440	Nierenfunktionsszintigraphie	2800	163,20	5473	Funktionsszintigraphie	900	52,46	Allgemeine Bestimmungen			
5441	Perfusionsszintigraphie, Nieren	1600	93,26		Die Leistung nach Nr. 5473 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5460 und 5481 nicht berechnungsfä- hig.			Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begrün- den. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nr. 5735 zu beachten.			
5442	Statische Nierenzintigraphie	600	34,97	5474	Nachweis inkorporierter Radionuk- lide	1350	78,69	5700	MRT, Kopf/Hals	4400	256,46
	Die Leistungen nach den Nrn. 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berech- nungsfähig.				m. Mineralgehalt			5705	MRT, Wirbelsäule	4200	244,81
5443	Zusatzuntersuchung zu Nrn. 5440 oder 5441, mit Angabe der Indikation	700	40,80	5475	Osteodensitometrie, Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	5715	MRT, Thorax/Hals/Aorta	4300	250,64
5444	Clearanceuntersuchungen, Nieren	1000	58,29					5720	MRT, Abdomen/Becken	4400	256,46
								5721	MRT, Mammale	4000	233,15
								5729	MRT, Gelenk(e)/Extremitäten- Abschnitte	2400	139,89
								5730	MRT, Extremität(en)	4000	233,15
									Neben der Leistung nach Nr. 5730 ist die Leistung nach Nr. 5729 nicht berechnungsfähig.		
								5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn. 5700 bis 5730	1000	58,29

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
5732	Zuschlag zu Nrn. 5700 bis 5730 für Positions-/Spulenwechsel	1000	58,29	2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung				4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5810	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsreihe	200	11,66	Allgemeine Bestimmungen			
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	800	46,63		<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>			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.			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion	190	11,07	5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsreihe	1500	87,43
5735	Höchstwert für Nrn. 5700 bis 5730	6000	349,72		<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>				<i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>		
	<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>			5813	Hochvoltstrahlenbehandlung, Hypophysentumor/endokrine Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46	5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozessrechner, je Bestrahlungsreihe	2000	116,57
IV. Strahlentherapie				3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)					<i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
Allgemeine Bestimmungen				Allgemeine Bestimmungen				5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	17,49
1. Eine Bestrahlungsreihe umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.				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.				5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29
2. Eine Bestrahlungsfraction umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen.				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.				5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40
3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.				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.				5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken			
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.				5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsreihe	1500	87,43	5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarkstransplantation	6900	402,18
1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen					<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>				<i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fractionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsreihe	250	14,57	5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnittszeichnung, je Bestrahlungsreihe	500	29,14	5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29
	<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>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57
Orthovoltstrahlenbehandlung				5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozessrechner, je Bestrahlungsreihe	2000	116,57	5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14
5802	Bestrahlung, je Fraktion	200	11,66		<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 regionalen intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5803	Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion	100	5,83	5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät, je Fraktion	720	41,97	5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99	P. SEKTIONSLEISTUNGEN			
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>				5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	58,29	6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	99,67
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29	5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99	6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/umfangreich	2300	134,06
5806	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion	2000	116,57					6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	186,52
								6003	Teilweise innere Leichenschau	739	43,07
								6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	32,31
								6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	14,11
								6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau, je Knochen	300	17,49

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau	1045	60,91								
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven/Rückenmark/Gehirn nach innerer Leichenschau	300	17,49								