

## Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Bestimmungen .....	10
1	Abrechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur .....	10
2	Erbringung der Leistungen .....	11
2.1	Vollständigkeit der Leistungserbringung .....	11
2.2	Persönliche Leistungserbringung .....	12
2.3	Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute .....	12
3	Behandlungs- und Krankheitsfall .....	13
3.1	Behandlungsfall .....	13
3.2	Krankheitsfall .....	13
4	Berechnung der Leistungen .....	13
4.1	Arzt-Patienten-Kontakt .....	13
4.2	Ordinations- bzw. Konsiliarkomplex .....	13
4.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	14
4.4	Voraussetzung zur Berechnung von Komplexen .....	14
5	Gemeinschaftspraxen und angestellte Ärzte .....	14
6	Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben .....	15
II	Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen .....	16
1	Allgemeine Leistungen .....	16
1.1	Besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes .....	16
1.2	Leistungen im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst .....	17
1.3	Allgemeine Leistungen für Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute .....	18
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungsgebühr, Verweilen .....	19
1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge .....	21
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten .....	24
1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen) .....	25
1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern .....	26
1.7.2	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen .....	27
1.7.3	Mammographie-Screening .....	29
1.7.4	Mutterschaftsvorsorge .....	32

1.7.5	Empfängnisregelung .....	40
1.7.6	Sterilisation .....	45
1.7.7	Schwangerschaftsabbruch .....	46
1.8	Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit .....	49
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen .....	50
2.1	Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen .....	50
2.2	Tuberkulintestung .....	52
2.3	Operative Eingriffe (Kleine Chirurgie), Chirurgische Behandlung, Allgemeine therapeutische Leistungen .....	52
2.4	Diagnostische Verfahren, Teste .....	61
2.5	Physikalisch-therapeutische Leistungen .....	61
III	Arztgruppenspezifische Leistungen .....	64
III.a	Hausärztlicher Versorgungsbereich .....	64
3	Hausärztlicher Versorgungsbereich .....	64
3.1	Präambel .....	64
3.2	Hausärztliche Strukturleistungen .....	65
3.2.1	Allgemeine hausärztliche Strukturleistungen .....	65
3.3	Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung .....	66
3.3.1	Hausärztliche Grundleistungen .....	66
3.3.2	Hausärztliche Betreuungsleistungen .....	67
3.3.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	68
4	Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin .....	74
4.1	Präambel .....	74
4.2	Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin .....	75
4.2.1	Allgemeine Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin .....	75
4.3	Leistungen der allgemeinen kinder- und jugendmedizinischen Versorgung .....	76
4.3.1	Kinder- und jugendmedizinische Grundleistungen .....	76
4.3.2	Kinder- und jugendmedizinische Betreuungsleistungen .....	77
4.3.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	78
4.4	Leistungen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin .....	85
III.b	Fachärztlicher Versorgungsbereich .....	86
5	Anästhesiologische Leistungen .....	86
5.1	Präambel .....	86

5.2	Anästhesiologische Grundleistungen .....	87
5.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	88
6	Augenärztliche Leistungen .....	92
6.1	Präambel .....	92
6.2	Augenärztliche Grundleistungen .....	92
6.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	94
7	Chirurgische, kinderchirurgische, plastisch-chirurgische und herzchirurgische Leistungen .....	99
7.1	Präambel .....	99
7.2	Chirurgische Grundleistungen .....	100
7.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	101
8	Frauenärztliche Leistungen, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin .....	105
8.1	Präambel .....	105
8.2	Frauenärztliche Grundleistungen .....	105
8.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	106
8.4	Geburtshilfe .....	108
8.5	Reproduktionsmedizin .....	110
9	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Leistungen .....	117
9.1	Präambel .....	117
9.2	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundleistungen .....	117
9.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	118
10	Hautärztliche Leistungen .....	127
10.1	Präambel .....	127
10.2	Hautärztliche Grundleistungen .....	127
10.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	128
11	Humangenetische Leistungen .....	132
11.1	Präambel .....	132
11.2	Humangenetische Grundleistungen .....	132
11.3	Diagnostische Leistungen .....	135
12	Laboratoriumsmedizinische Leistungen .....	138
12.1	Präambel .....	138
12.2	Laboratoriumsmedizinische Grundleistungen .....	138
13	Leistungen der Inneren Medizin .....	140
13.1	Präambel .....	140
13.2	Leistungen der allgemeinen internistischen Grundversorgung .....	141

13.2.1	Internistische Grundleistungen .....	141
13.2.2	Allgemeine internistische Leistungen .....	142
13.2.2.1	Präambel .....	142
13.2.2.2	Allgemeine diagnostisch-internistische Leistungen .....	142
13.2.2.3	Weitere nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Leistungen .....	143
13.3	Schwerpunktorientierte internistische Versorgung .....	145
13.3.1	Angiologische Leistungen .....	145
13.3.2	Endokrinologische Leistungen .....	148
13.3.3	Gastroenterologische Leistungen .....	148
13.3.4	Hämato-/Onkologische Leistungen .....	154
13.3.5	Kardiologische Leistungen .....	155
13.3.6	Leistungen der Nephrologie und Dialyse .....	157
13.3.7	Pneumologische Leistungen .....	160
13.3.8	Leistungen der Rheumatologie .....	164
14	Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie .....	166
14.1	Präambel .....	166
14.2	Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundleistungen .....	166
14.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	168
15	Leistungen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie .....	173
15.1	Präambel .....	173
15.2	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundleistungen .....	173
15.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	174
16	Neurologische und neurochirurgische Leistungen .....	178
16.1	Präambel .....	178
16.2	Neurologische Grundleistungen .....	178
16.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	181
17	Nuklearmedizinische Leistungen .....	183
17.1	Präambel .....	183
17.2	Nuklearmedizinische Grundleistungen .....	183
17.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	184
18	Orthopädische Leistungen .....	189
18.1	Präambel .....	189
18.2	Orthopädische Grundleistungen .....	189
18.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	190

19	Pathologische Leistungen .....	195
19.1	Präambel .....	195
19.2	Pathologische Grundleistungen .....	195
19.3	Diagnostische histologische und zytologische Leistungen .....	196
20	Phoniatische und pädaudiologische Leistungen .....	200
20.1	Präambel .....	200
20.2	Phoniatische und pädaudiologische Grundleistungen .....	200
20.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	201
21	Psychiatrische und Psychotherapeutische Leistungen (Psychiater) .....	209
21.1	Präambel .....	209
21.2	Psychiatrische Grundleistungen .....	209
21.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	213
22	Leistungen der Psychotherapeutischen Medizin (Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin) .....	215
22.1	Präambel .....	215
22.2	Psychotherapeutisch - medizinische Grundleistungen .....	215
23	Psychotherapeutische Leistungen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) .....	218
23.1	Präambel .....	218
23.2	Psychotherapeutische Grundleistungen .....	218
24	Radiologische Leistungen .....	221
24.1	Präambel .....	221
24.2	Radiologische Grundleistungen .....	221
25	Strahlentherapeutische Leistungen .....	222
25.1	Präambel .....	222
25.2	Strahlentherapeutische Grundleistungen .....	223
25.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	224
25.3.1	Weichstrahl-, Orthovolt- oder Hochvolttherapie .....	224
25.3.2	Hochvolttherapie .....	224
25.3.3	Brachytherapie .....	225
25.3.4	Bestrahlungsplanung .....	226
26	Urologische Leistungen .....	228
26.1	Präambel .....	228
26.2	Urologische Grundleistungen .....	228
26.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	229

27	Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin .....	235
27.1	Präambel .....	235
27.2	Physikalisch rehabilitative Grundleistungen .....	235
27.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	236
IV	Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen .....	240
30	Spezielle Versorgungsbereiche .....	240
30.1	Allergologie .....	240
30.1.1	Allergie-Testungen .....	240
30.1.2	Provokations-Testungen .....	241
30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung .....	242
30.2	Chirotherapie .....	242
30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung .....	243
30.4	Physikalische Therapie .....	244
30.5	Phlebologie .....	247
30.6	Proktologie .....	248
30.7	Schmerztherapie .....	249
30.8	Soziotherapie .....	252
30.9	Schlafstörungsdiagnostik .....	254
31	Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens, konservativ orthopädisch-chirurgische Leistungen .....	255
31.1	Präoperative Untersuchungskomplexe .....	255
31.1.1	Präambel .....	255
31.1.2	Präoperative Untersuchungskomplexe .....	255
31.2	Ambulante und belegärztliche Operationen .....	257
31.2.1	Präambel .....	257
31.2.2	Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche .....	259
31.2.3	Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie .....	263
31.2.4	Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken .....	266
31.2.5	Definierte endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien) .....	268
31.2.6	Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe .....	270
31.2.7	Definierte operative Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie .....	277
31.2.8	Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie .....	286
31.2.9	Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie .....	288
31.2.10	Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie .....	290

31.2.11	Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem ....	297
31.2.12	Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie .....	304
31.2.13	Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie .....	308
31.3	Postoperative Überwachungskomplexe .....	315
31.3.1	Präambel .....	315
31.3.2	Postoperative Überwachungskomplexe .....	316
31.4	Postoperative Behandlungskomplexe .....	318
31.4.1	Präambel .....	318
31.4.2	Postoperative Behandlungskomplexe .....	318
31.5	Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2 .....	362
31.5.1	Präambel .....	362
31.5.2	Regionalanästhesien durch den Operateur .....	363
31.5.3	Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 31.2 .....	363
31.6	Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen .....	369
31.6.1	Präambel .....	370
31.6.2	Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen .....	370
32	Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie .....	374
32.1	Grundleistungen .....	375
32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen .....	378
32.2.1	Basisuntersuchungen .....	380
32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen .....	383
32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen .....	384
32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen .....	388
32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen .....	388
32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen .....	390
32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen .....	393
32.3	Spezielle Untersuchungen .....	395
32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen .....	396
32.3.2	Funktionsuntersuchungen .....	399
32.3.3	Gerinnungsuntersuchungen .....	400
32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen .....	402
32.3.5	Immunologische Untersuchungen .....	412
32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen .....	421

32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen .....	423
32.3.8	Parasitologische Untersuchungen .....	429
32.3.9	Mykologische Untersuchungen .....	430
32.3.10	Bakteriologische Untersuchungen .....	433
32.3.11	Virologische Untersuchungen .....	440
32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen .....	442
32.3.13	Zyto- und molekulargenetische Untersuchungen .....	443
33	Ultraschalldiagnostik .....	447
34	Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie .....	457
34.1	Präambel .....	457
34.2	Diagnostische Radiologie .....	457
34.2.1	Schädel, Halsweichteile .....	457
34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie .....	458
34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen des Skeletts, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile, Arthrographie(n) .....	460
34.2.4	Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens .....	463
34.2.5	Urogenitalorgane .....	466
34.2.6	Gangsysteme .....	467
34.2.7	Mammographie .....	468
34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen .....	470
34.2.9	Gefäße .....	471
34.3	Computertomographie .....	476
34.3.1	Neurocranium, Untersuchungen der Wirbelsäule .....	476
34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile .....	477
34.3.3	Thorax .....	478
34.3.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken .....	478
34.3.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke .....	480
34.3.6	Bestrahlungsplanung CT .....	481
34.4	Magnet-Resonanz-Tomographie .....	481
34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule .....	481
34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile .....	482
34.4.3	Thorax .....	483
34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken .....	484
34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke .....	485

34.4.6	Bestrahlungsplanung MRT .....	486
34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen .....	487
34.6	Osteodensitometrie .....	488
35	Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien .....	489
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen .....	489
35.2	Antragspflichtige Leistungen .....	492
35.2.1	Präambel .....	492
35.2.2	Bericht an den Gutachter .....	492
35.2.3	Diagnostische und therapeutische Leistungen .....	492
35.3	Testverfahren .....	498
VI	Anhänge .....	500
1	Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen .....	500

# I Allgemeine Bestimmungen

## 1 Abrechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der Begriff der Leistung oder des Leistungskomplexes bezieht sich auf abrechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Der Katalog der abrechnungsfähigen Leistungen ist abschließend und einer analogen Berechnung nicht zugänglich. In Leistungskomplexen enthaltene - aus der Leistungsbeschreibung ggf. nicht erkennbare - Teilleistungen sind in Anhang 1 zum EBM im Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen aufgeführt.

### 1.1

Die Inhalte dieser Allgemeinen Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Leistungen bzw. Leistungskomplexen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

### 1.2

Die abrechnungsfähigen Leistungen sind 3 Bereichen zugeordnet:

- Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen,
- Arztgruppenspezifische Leistungen,
- Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen.

Kostenpauschalen stellen einen eigenständigen Bereich dar.

#### 1.2.1

Arztgruppenspezifische Leistungen unterteilen sich in Leistungen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgungsebene.

#### 1.2.2

In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Leistungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe abrechnungsfähigen Leistungen angegeben.

### 1.3

Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Abrechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus.

### 1.4

Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen können von jedem Vertragsarzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet sowie entsprechender vertraglicher Bestimmungen (z. B. Kinder-Richtlinien, Früherkennungs-Richtlinien) berechnet werden.

### 1.5

Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden.

#### **1.6**

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen setzen bei der Berechnung besondere Fachkundenachweise, apparative Anforderungen, die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und die in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten und Präambeln zur Voraussetzung der Abrechnung aufgeführten Kriterien voraus.

#### **1.7**

Die zu den Leistungsbewertungen angegebenen Zeiten werden als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 42 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) für die Plausibilitätsprüfungen ärztlicher Leistungen verwendet.

## **2 Erbringung der Leistungen**

### **2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung**

Eine Leistung oder ein Leistungskomplex ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung in einem Leistungskomplex ist gegeben, wenn alle obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z.B. OPS/ICPM, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten fakultativen Leistungen dokumentiert sind.

#### **2.1.1**

Fakultative Leistungsinhalte sind Bestandteil des Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung; deren Erbringung ist vom Einzelfall abhängig.

#### **2.1.2**

Eine unvollständig erbrachte Leistung kann nicht berechnet werden.

#### **2.1.3**

Eine Leistung ist dann nicht neben oder anstelle einer anderen Leistung berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist. Dies gilt für Gesprächs- und Beratungsleistungen auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Ist die Berechnung von Leistungen nebeneinander ausgeschlossen, kann die jeweils höher bewertete Leistung berechnet werden.

#### **2.1.4**

Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Überlassung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Leistungen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Leistung nach der Nr. 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Leistung nach der Nr. 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 3 Arzt-/ Ersatzkassen-Vertrag (EKV) erbracht:

Leistungen nach den Nrn. 01741, 02310, 02311, 02312, 02313, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 630.3, 631.3, 07320, 07330, 07340, 08310, 08311, 09315, 09317, 09326, 09332, 10330, 13250, 13300, 13350, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13500, 13501, 13502, 13550, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13662, 13670, 13700, 13701, 14313, 14314, 14320, 14321, 14331, 16230, 16231, 16310, 16312, 16313, 16314, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 20326, 20332, 20371, 21230, 21231, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26330, 30110, 30111 und 30900. Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die berechnungsfähige Erstellung und Versendung einer Kopie des Berichts bzw. des Briefs an den Hausarzt entsprechend der Leistung nach der Nr. 01602 zusätzliche Voraussetzung zur Abrechnung dieser Leistung.

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 3 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) ist mindestens Voraussetzung für die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 01722, 01733, 01741, 01743, 01772, 01773, 01774, 01775, 01781, 01782, 01787, 01790, 01791, 01792, 01793, 01835, 01836, 01837, 01838, 01826, 01830, 01831, 01839, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06331, 06343, 08311, 08541, 08570, 08571, 08572, 08573, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13552, 13662, 13670, 14320, 14321, 14331, 16310, 16312, 16313, 16314, 20326, 20332, 20371, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26341, 27323, 27324, 30500, 30501, 30600, 30610, 30611, 30711, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30810, 30811 und 30900 sowie der Leistungen der Kapitel 11, 17, 19, 25, 33 und 34 die Übermittlung einer Befundkopie an den Hausarzt. Bei Leistungserbringung ohne Überweisung ist die Übermittlung einer Befundkopie an den Hausarzt Voraussetzung zur Abrechnung der aufgeführten Leistungen.

Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V nicht erteilt, sind die oben aufgeführten Leistungen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

#### **2.1.5**

Ausschließlich auftragnehmende Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 7 Abs. 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) sind von dieser Regelung entbunden, wenn sie den Auftraggeber in die Lage versetzen, den Hausarzt entsprechend zu informieren.

## **2.2 Persönliche Leistungserbringung**

Eine Leistung ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die Tätigkeit gemäß § 15 und § 25 BMV-Ä bzw. § 14 und § 28 EKV persönlich ausübt.

## **2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute**

Die Berechnung der Leistungen durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch Krankenhäuser oder Institute ist an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes kann anstelle der Leistungen nach den Nrn. 01310 bis 01312 die Berechnung eines in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Ordinationskomplexes durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

## 3 Behandlungs- und Krankheitsfall

### 3.1 Behandlungsfall

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV.

### 3.2 Krankheitsfall

Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV.

## 4 Berechnung der Leistungen

### 4.1 Arzt-Patienten-Kontakt

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitlichgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.

Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen und/oder mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient, jedoch eine Interaktion mit dem Patienten wegen einer Erkrankung voraus.

#### 4.1.1

Bei Säuglingen und Kleinkindern gemäß 4.1.2 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z. B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.

#### 4.1.2

Die Verwendung der Begriffe Neugeborenes, Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendlicher und Erwachsener ist an nachfolgende Zeiträume gebunden:

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebensstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkind ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kind ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendlicher ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Altersklasse bzw. einem Zeitraum ist - mit Ausnahme der Altersklasse Neugeborenes - das Alter des Patienten am ersten Kalendertag des jeweiligen Quartals.

### 4.2 Ordinations- bzw. Konsiliarkomplex

Der Ordinations- oder Konsiliarkomplex kann nur von dem in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder

arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringer bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden. Er ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig (kurativ-ambulant) und umfasst alle in Anhang 1 aufgeführten Leistungen. Bei einer gleichzeitigen ambulanten und stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal ist der Ordinationskomplex zweimal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulant und kurativ-stationär). Eine gleichzeitige Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall ist nicht möglich. Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Leistung nach der Nr. 4 ist für die gleichzeitige Berechnung des Ordinationskomplexes mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb einer Notfallsituation bzw. außerhalb des organisierten ärztlichen Notdienstes notwendig.

### 4.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

Diagnostische und therapeutische Leistungen sind als Einzelleistungen oder Leistungskomplexe beschrieben.

### 4.4 Voraussetzung zur Berechnung von Komplexen

Die Berechnung von Komplexen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen - in Gemeinschaftspraxen bzw. Praxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 39 Abs. 1 EKV und Nr. 23b der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte zumindest von einem Vertragsarzt - zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. Für die in den Ordinationskomplexen und die in Anhang 1 genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

## 5 Gemeinschaftspraxen und angestellte Ärzte

### 5.1 Höhe des Ordinationskomplexes

Die Höhe des Ordinationskomplexes von Gemeinschaftspraxen richtet sich nach dem Schwerpunktversorgungsauftrag (Identifikation über die Arztrechnungsnummer), mit dem sie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Für diese Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten (§ 95 Abs. 9 SGB V, § 32b Zulassungsverordnung, Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte-Ärzte-Richtlinien)), nicht jedoch für gemäß Abschnitt 4a der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte zugelassene Vertragsärzte, gilt folgende Regelung:

- Die abzurechnende Punktzahl des Ordinationskomplexes wird unter Berücksichtigung eines prozentualen Aufschlages von 20 % errechnet.

### 5.2 Berechnungsfähige Leistungen

Die Berechnungsfähigkeit der arztgruppenspezifischen Leistungen von Gemeinschaftspraxen richtet sich - mit Ausnahme des Ordinationskomplexes (s. 5.1) - unter Berücksichtigung von 1.3 dieser Bestimmungen nach den Arztgruppen, die in einer Gemeinschaftspraxis vertreten sind. Dies gilt gemäß 2.1.3 nicht für (Teil-)Leistungen mit demselben Inhalt.

### 5.3 Versorgungsbereichübergreifende Gemeinschaftspraxen

Für versorgungsbereichsübergreifende Gemeinschaftspraxen muss eine

eindeutige Identifizierung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen zur Zuordnung zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgen.

## 6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben

### 6.1 Höhe des Ordinationskomplexes

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe des Ordinationskomplexes nach dem Versorgungsauftrag (Identifikation über die Arztabrechnungsnummer), mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern in den Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel nichts anderes bestimmt ist.

### 6.2 Berechnungsfähige Leistungen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Leistungen eines Vertragsarztes, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, richtet sich - mit Ausnahme des Ordinationskomplexes (s. 6.1) - unter Berücksichtigung von 1.3 dieser Bestimmungen nach den berechnungsfähigen Leistungen der Gebiete, in denen er seine vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Dies gilt gemäß 2.1.3 nicht für (Teil-)Leistungen mit demselben Inhalt.

## II Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Die Leistungen dieses Bereiches sind zusätzlich in den arztgruppenspezifischen Kapiteln aufgeführt. Die Möglichkeit der Berechnung von Leistungen dieses Bereiches ist für die in den Präambeln zu einem arztgruppenspezifischen Kapitel genannten Vertragsärzte grundsätzlich nur gegeben, wenn sie in der Präambel des arztgruppenspezifischen Kapitels auch aufgeführt sind.

### 1 Allgemeine Leistungen

#### 1.1 Besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes

**01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr
- an Sams-, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01100 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.*

*Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Leistung nach der Nr. 01100 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.*

*Die Leistung nach der Nr. 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01100 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01101, 01102, 01110, 01210, 01410 bis 01413, 01950 und 01951 berechnungsfähig.*

**01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten

- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr
- an Sams-, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

800 Punkte

*Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Leistung nach der Nr. 01101 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.*

*Die Leistung nach der Nr. 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01101 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100, 01102, 01110, 01210, 01410 bis 01413, 01950 und 01951 berechnungsfähig.*

**01102 Inanspruchnahme** des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr

260 Punkte

*Im Rahmen der Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Leistung nach der Nr. 01102 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es*

*sich um eine Gruppenbehandlung handelt.*

*Die Leistung nach der Nr. 01102 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01110, 01210, 01410 bis 01413, 01950, 01951, 13610 bis 13612, 13620 und 13621 berechnungsfähig.*

#### 01110 **Ordinationskomplex im organisierten Not(fall)dienst**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(fall)dienst,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,  
einmal im Behandlungsfall

500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01110 ist nur an demselben Behandlungstag nicht neben dem jeweiligen arztgruppenspezifischen Ordinationskomplex berechnungsfähig. Ein zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt in demselben Behandlungsfall im Rahmen einer kurativen Behandlung führt zu einer zusätzlichen Berechnung des arztgruppenspezifischen Ordinationskomplexes.*

*Die Leistung nach der Nr. 01110 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01210, 01414, 01950, 01951, 13610 bis 13612, 13620 und 13621 berechnungsfähig.*

## 1.2 Leistungen im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst

#### 01210 **Notfallleistung von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen

200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01210 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102 und 01110 berechnungsfähig.*

#### 01220 **Reanimation**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Künstliche Beatmung und/oder extrathorakale Herzmassage

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Leistung nach der Nr. 02331,
- Leistung nach der Nr. 02340,

- Leistung nach der Nr. 02341,
- Ausspülungen des Magens 2500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01220 kann für die Reanimation eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt nur in Verbindung mit dem Zuschlag nach der Nr. 01221 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 01220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01856, 01913, 02100, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**01221 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 01220

*Obligater Leistungsinhalt*

- Koniotomie
- und/oder
- Endotracheale Intubation(en) 495 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01221 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01856, 01913 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

**01222 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 01220

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektrodefibrillation(en)
- und/oder
- Elektrostimulation(en) des Herzens 700 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01222 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13551 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

### 1.3 Allgemeine Leistungen für Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute

**Ordinationskomplex** für ermächtigte Ärzte, ermächtigte Institute bzw. Krankenhäuser

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
  - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall

- |   |            |
|---|------------|
| 01310 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr                   | 185 Punkte |
| 01311 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr | 160 Punkte |
| 01312 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres                      | 185 Punkte |

*Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 01310 bis 01312 ist gemäß 2.3 der Allgemeinen Bestimmungen bei einem ermächtigten Arzt, ermächtigten Institut bzw. Krankenhaus an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden.*

*Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Leistungen nach den Nrn. 01310 bis 01312 die Berechnung eines in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Ordinationskomplexes genehmigt werden.*

## 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungsgebühr, Verweilen

1. Ein Besuch ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Praxis oder einen ausgelagerten Praxisteil (z. B. Apparategemeinschaft), eine Einrichtung, in der er eine ambulante Operation durchführt, eine Belegklinik im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit, ein Heim oder ähnliches, in dem er eine genehmigte Zweitsprechstunde (Zweitpraxis) abhält oder eine Zweitpraxis an einem anderen Ort auf, so handelt es sich um einen Weg zu einer Arbeitsstätte, nicht aber um einen abrechenbaren Besuch.
2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 01410, 01411 oder 01412 sowie für die erste Visite nach der Nr. 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag.
3. Für die Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung kann ein Besuch entsprechend der Leistung nach der Nr. 01410 berechnet werden.

01410 **Besuch eines Kranken**, wegen der Erkrankung ausgeführt 400 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01410 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01411, 01412, 01414, 01721 und 05230 berechnungsfähig.*

01411 **Dringender Besuch** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr
- an Sams-, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

und/oder

- Besuch im organisierten Not(fall)dienst

1200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01411 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01410, 01412, 01414, 01721 und 05230 berechnungsfähig.*

01412 **Dringender Besuch** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

- zwischen 22:00 und 07:00 Uhr
  - an Sams-, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr
  - bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume
- 1600 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 01412 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01410, 01411, 01414, 01721 und 05230 berechnungsfähig.*
- 01413 Besuch eines weiteren Kranken** derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)
- Obligater Leistungsinhalt*
- Besuch eines weiteren Kranken in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411 oder 01412
- 195 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 01413 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01414, 01721 und 05230 berechnungsfähig.*
- 01414 Visite** auf der Belegstation und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit, Pflegepersonal, je Patient
- 220 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 01414 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01110, 01410 bis 01413 und 01721 berechnungsfähig.*
- 01420 Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege** gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Obligater Leistungsinhalt*
- Anleitung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
  - Überprüfung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Koordinierende Gespräche mit einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,
- einmal im Behandlungsfall
- 250 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01420 setzt die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach Muster 12 der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständigen Krankenkassen voraus.*
- 01430 Verwaltungskomplex** für die Ausstellung von **Wiederholungsrezepten** und **Überweisungsscheinen** oder die **Übermittlung** von **Befunden ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder

- Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und/oder
- Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen 30 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01430 ist nicht neben anderen Leistungen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.*

- 01440 **Verweilen außerhalb der Praxis** ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Erkrankung erforderlich, je vollendete 30 Minuten 620 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01440 ist im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen in der Praxis nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01440 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 05210 bis 05212, 05215, 05220, 05230, 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 und 31820 bis 31828 berechnungsfähig.*

## 1.5 Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge

Haben an der Erbringung der Leistungen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Leistungen dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechnet.

Die Leistungen des Abschnitts 1.5 sind bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.

### Beobachtung und Betreuung

*Obligater Leistungsinhalt*

- **Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung** (z. B. fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) **in einer Praxis oder praxisklinischen Einrichtung** gemäß § 115 Abs. 2 SGB V unter **parenteraler intravasaler Behandlung** mittels Kathetersystems und/oder
- **Beobachtung und Betreuung eines enteral zu ernährenden kachektischen Patienten mit konsumierender Erkrankung in einer Praxis oder praxisklinischen Einrichtung** gemäß § 115 Abs. 2 SGB V über eine Magensonde oder Gastrostomie (PEG) und/oder
- **Beobachtung und Betreuung eines Kranken, bei dem ein i.v.-Zugang angelegt ist, am Tag des stationärsersetzenden Eingriffes gemäß § 115b SGB V** und/oder
- **Beobachtung, Betreuung einer Patientin, bei der ein i.v.-Zugang angelegt ist, am Tag der Eizellentnahme, entsprechend der**

**Leistung nach der Nr. 08541***Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en)	
01510 Dauer mehr als 2 Stunden	1310 Punkte
01511 Dauer mehr als 4 Stunden	2475 Punkte
01512 Dauer mehr als 6 Stunden	3645 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01510 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01511, 01512, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01511 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510, 01512, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01512 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510, 01511, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01530 und 01531 berechnungsfähig.*

- 01520 **Beobachtung und Betreuung eines Kranken**, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 34291,
  - Dauer mehr als 4 Stunden,
- einmal im Behandlungsfall

2490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01520 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 31820 bis 31828, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 13310 und 13311 berechnungsfähig.*

- 01521 **Beobachtung und Betreuung eines Kranken**, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr.

- 34292,  
- Dauer mehr als 12 Stunden,  
einmal im Behandlungsfall 4325 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01521 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 31820 bis 31828, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01521 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 13310 und 13311 berechnungsfähig.*

- 01530 **Beobachtung und Betreuung** eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer angiologischer Leistungen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische angiologische Untersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 34283,
- Dauer mehr als 4 Stunden,

einmal im Behandlungsfall 2490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01530 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01531, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 31820 bis 31828, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 13310, 13311 und 34291 berechnungsfähig.*

- 01531 **Beobachtung und Betreuung** eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung therapeutischer angiologischer Leistungen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische angiologische Leistung entsprechend der Leistung nach der Nr. 34284 und/oder Nr. 34285 und/oder Nr. 34286
- Dauer mehr als 6 Stunden,

einmal im Behandlungsfall 4325 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01531 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01530, 01857, 01910, 01911, 01914, 02100, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 31820 bis 31828, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01531 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 13310, 13311 und 34291 berechnungsfähig.*

## 1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten

1. Für das Ausstellen von Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes gelten die Regelungen gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 18 Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV).
2. Zweitschriften und alle weiteren als der erste Ausdruck EDV-gespeicherter Dokumentationen von Berichten und Arztbriefen sind nicht nach den Leistungen dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. Die für Reproduktion und Versendung entstandenen Kosten können nach den vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen geltend gemacht werden.

01600 **Ärztlicher Bericht** über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung 100 Punkte

*Der Höchstwert für schriftliche Mitteilungen nach den Nrn. 01600 und 01601 beträgt 400 Punkte je Behandlungsfall.*

*Die Leistung nach der Nr. 01600 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01793, 01838, 03310 und 04310 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01600 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01792, 01835 bis 01837 und 11210 bis 11212 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 8.5 sowie den Leistungen der Kapitel 12, 17, 19, 24, 25, 32 und 34 berechnungsfähig.*

01601 **Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information** des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schriftliche Informationen zu
  - Anamnese,
  - Befund(e),
  - Epikritische Bewertung,
  - Schriftliche Informationen zur Therapieempfehlung

200 Punkte

*Der Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 beträgt 400 Punkte je Behandlungsfall.*

*Die Leistung nach der Nr. 01601 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01793, 01838, 03310 und 04310 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01601 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01792, 01835 bis 01837 und 11210 bis 11212 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 8.5 sowie den Leistungen der Kapitel 12, 17, 19, 24, 25 und 32 berechnungsfähig.*

01602 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790, 01791, 01792, 01835, 01836, 01837, 08570, 08571, 08572, 11230, 11231 und 11232 bei **Kopie** eines Berichtes oder Briefes **an den**

35 Punkte

**Hausarzt** gemäß § 73 Abs. 1b SGB V

*Bei der Berechnung der Leistung nach der Nr. 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztabrechnungsnummer oder der Name des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V anzugeben.*

*Für den zusätzlichen Bericht oder Brief an den Hausarzt ist nur der Zuschlag nach der Nr. 01602 berechnungsfähig, wenn bereits ein Bericht oder Brief an einen anderen Vertragsarzt erfolgt ist.*

*Die Leistung nach der Nr. 01602 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01793, 01838 und 08573 berechnungsfähig.*

01610	<b>Bescheinigung</b> zur Feststellung der Belastungsgrenze ( <b>Muster 55</b> )	40 Punkte
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 gemäß Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V.	810 Punkte
01612	<b>Konsiliarbericht</b> eines Vertragsarztes <b>vor Aufnahme einer Psychotherapie</b> durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ( <b>Muster 22</b> ) gemäß den Psychotherapie-Richtlinien	100 Punkte
01620	<b>Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis</b> , nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den <b>Mustern 41, 50, und 58</b>	80 Punkte
01621	<b>Krankheitsbericht</b> , nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den <b>Mustern 11, 53, 56 und 57</b>	120 Punkte
01622	<b>Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme</b> , nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder <b>Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20a-d, 51 und 52</b>	225 Punkte
01623	<b>Kurvorschlag</b> des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach <b>Muster 25</b>	140 Punkte

## 1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)

1. Für die Berechnung der in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses maßgeblich.
2. Die gemäß diesen Richtlinien vorgeschriebenen (Bild-) Dokumentationen, notwendigen Bescheinigungen und Ultraschalluntersuchungen sind - soweit sie nicht gesondert in diesem Abschnitt aufgeführt sind - Bestandteil der Leistungen.

3. Die Leistungen der Abschnitte 1.7.4, 1.7.5 und 1.7.7 - mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 01783, 01790, 01791, 01792, 01793, 01800 bis 01813, 01835, 01836, 01837, 01838, 01820, 01821, 01826, 01828, 01829, 01900, 01903, 01913, 01914 - sind vorbehaltlich der Regelung in Absatz 4 nur von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01856, 01903 und 01913 sind nicht von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01793 und 01835 bis 01838 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Leistungen des Kapitels 11 abzurechnen.
5. Für die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 01852, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sind die Bestimmungen des Kapitels 4 maßgeblich.
6. Sind neben Leistungen dieses Abschnitts weitere ärztliche Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig, so sind diese nach den übrigen Leistungsansätzen anzusetzen.

01700 Grundpauschale für **Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin** für die Erbringung von Laborleistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und/oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch bei Probeneinsendung,

je Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) der Abschnitte 1.8.3 und/oder 1.8.4

65 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 12220 bis 12222, 12225 und 12226 berechnungsfähig.*

01701 Grundpauschale für **Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen** für die Erbringung von Laborleistungen gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und/oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch,

je Behandlungsfall bei Erbringung von Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 1.8.3 und/oder 1.8.4

15 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01701 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 12220 bis 12222, 12225 und 12226 berechnungsfähig.*

### 1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

Die erste Untersuchung nach den Richtlinien über die Früherkennung

von Krankheiten bei Kindern wird ebenso wie die zweite Untersuchung auf einem nach Vorlage der Krankenversichertenkarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein nach Muster 5 der Vordruckvereinbarung abgerechnet.

**Ärztliche Maßnahmen bei Kindern zur Früherkennung von Krankheiten**, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, entsprechend der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinien) bzw. Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung)

01710	<b>TSH-Screening</b> zur Früherkennung der angeborenen Hypothyreose entsprechend Anlage 2 der Kinder-Richtlinien	95 Punkte
01711	<b>Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)</b>	250 Punkte
01712	<b>Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebensstag (U2)</b>	615 Punkte
01713	<b>Untersuchung in der 4. bis 6. Lebenswoche (U3)</b>	615 Punkte
01714	<b>Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)</b>	615 Punkte
01715	<b>Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)</b>	615 Punkte
01716	<b>Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)</b>	615 Punkte
01717	<b>Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)</b>	615 Punkte
01718	<b>Untersuchung im 43. bis 48. Lebensmonat (U8)</b>	615 Punkte
01719	<b>Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)</b>	615 Punkte
01720	<b>Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)</b>	710 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01720 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03311, 03351, 04311, 04353 und 27310 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03311, 03312, 03350, 03351, 04311, 04312, 04350 bis 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.*

01721	<b>Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach den Nrn. 01711 und 01712</b>	400 Punkte
-------	--	------------

*Die Leistung nach der Nr. 01721 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01410 bis 01414 berechnungsfähig.*

01722	Sonographische Untersuchung der <b>Säuglingshöften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Anlage 3 der Kinder-Richtlinien</b>	325 Punkte
-------	--	------------

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01722 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01722 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33050 und 33051 berechnungsfähig.*

## 1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

01730	Untersuchung zur <b>Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau</b> gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	355 Punkte
-------	--	------------

*Fachärzte für Allgemeinmedizin können die Leistung nach der Nr. 01730 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 01730 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01825 berechnungsfähig.*

- 01731 Untersuchung zur **Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann** gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien 290 Punkte
- 01732 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den **Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien** 630 Punkte
- 01733 **Zytologische Untersuchung** gemäß Abschnitt B. 2. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 19311
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Abstrichentnahme von Ekto- und/oder Endozervix 155 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01733 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Zytologie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- Die Leistung nach der Nr. 01733 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01826, 19310 und 19311 berechnungsfähig.*
- 01734 **Untersuchung auf Blut im Stuhl** gemäß Abschnitt B. 3. oder C. 2. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 32020 50 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 01734 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 32020 berechnungsfähig.*
- 01740 **Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms,
  - Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
  - Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund,
  - Ausgabe des Merkblatts nach Anlage IV der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien,
  - Möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres 205 Punkte
- 01741 **Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien mit Darstellung des Zökums,

- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02401,
- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Gerinnungsuntersuchungen,
- Probeexzision(en),
- Prämedikation/Sedierung

4100 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01741 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01741 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02401, 13421 und 13422 berechnungsfähig.*

**01742 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 01741

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge und/oder
- Blutstillung(en)

590 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01742 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 13423 berechnungsfähig.*

**01743 Histologie bei Früherkennungskoloskopie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Histologische Untersuchung eines im Rahmen einer Früherkennungskoloskopie gewonnenen Polypen mit mindestens 8 Schnitten

285 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01743 ist bei demselben Material nicht neben der Leistung nach der Nr. 19310 berechnungsfähig.*

### 1.7.3 Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen ("Krebsfrüherkennung-Richtlinien") und den Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) sowie des

## Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen (EKV)

1. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur dann berechnungsfähig, wenn alle in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, in den Bundesmantelverträgen (Anlage 9.2) sowie in der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. in der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind und eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt.
2. Neben den Leistungen nach den Nrn. 01831 bis 01838 sind die Pauschalerstattungen des Kapitels 40 mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 40950 und 40951 nicht berechnungsfähig.

**01750 Röntgenuntersuchung beider Mammae in je zwei Ebenen (Cranio-caudal, Media-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Röntgenuntersuchung beider Mammae in je zwei Ebenen (Cranio-caudal, Media-lateral-oblique),
- Überprüfungen vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen,
- Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen,
- Organisation der Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen,
- Durchführung der Konsensuskonferenz,
- Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen,
- Ergänzende ärztliche Aufklärung,
- Organisation und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Eintragung(en) in ein Röntgennachweisheft

1195 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01750 setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 4 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge und nach der Vereinbarung der Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01750 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge berechnungsfähig.*

**01751 Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Teilnahme an Konsensuskonferenzen

85 Punkte

**01752 Abklärungsdiagnostik I gemäß § 12 der Anlage 9.2 der**

## Bundesmantelverträge

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle,
- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle

1875 Punkte

*Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 01752 auch dann berechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen verfügt.*

*Der Vertragsarzt, der gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung erklärt hat, die Leistung nach der Nr. 01752 zu berechnen, kann die Leistung nach der Nr. 01755 nicht veranlassen.*

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01752 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge voraus, welche nicht gleichzeitig für die Nr. 01753 erteilt werden kann.*

*Die Leistung nach der Nr. 01752 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01752 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01753 und 01755 berechnungsfähig.*

**01753 Abklärungsdiagnostik II** gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle

1315 Punkte

*Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 01753 auch dann berechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen und Stanzbiopsien verfügt.*

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01753 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge voraus, welche nicht gleichzeitig für die Nr. 01752 erteilt werden kann.*

*Die Leistung nach der Nr. 01753 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01753 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01752 und 01755 berechnungsfähig.*

**01755 Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik** gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach den Nrn. 01752 oder 01753 durchführt

*Obligater Leistungsinhalt*

- Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle

2360 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01755 ist nicht mehrfach berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01755 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01752 und 01753 berechnungsfähig.*

**01756 Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials** gemäß § 20 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge

*Obligater Leistungsinhalt*

- Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials

200 Punkte

**01757 Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 01756 für die Aufarbeitung** eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust

235 Punkte

**01758 Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz** gemäß § 13 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes

*Obligater Leistungsinhalt*

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

125 Punkte

### 1.7.4 Mutterschaftsvorsorge

Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind nach den kurativen Leistungspositionen berechnungsfähig, wobei die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung für präventive Leistungen vorgegebene Kennzeichnung zu beachten ist.

**01770 Betreuung einer Schwangeren** gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratungen und Untersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien,
- Ultraschalluntersuchungen nach **Anlage 1 a und 1 b** der Mutterschafts-Richtlinien,
- Bilddokumentation(en),

einmal im Behandlungsfall

2065 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01770 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01770 kann für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).*

*Die Leistung nach der Nr. 01770 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33043 und 33044 berechnungsfähig.*

#### **01772 Weiterführende sonographische Diagnostik**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden bei Vorliegen der Indikationen gemäß **Anlage 1c I.** der Mutterschafts-Richtlinien,
- Bilddokumentation,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- In mehreren Sitzungen,  
einmal im Behandlungsfall

710 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01772 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Bei Mehrlingen ist die Leistung nach der Nr. 01772 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01772 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33040, 33042 bis 33044, 33050 und 33081 berechnungsfähig.*

#### **01773 Weiterführende sonographische Diagnostik**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden bei Vorliegen der Indikationen gemäß **Anlage 1c II.2** der Mutterschafts-Richtlinien,
- Bilddokumentation,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- In mehreren Sitzungen,  
einmal im Behandlungsfall

1120 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01773 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Bei Mehrlingen ist die Leistung nach der Nr. 01773 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01773 ist nicht neben der Leistung nach der*

*Nr. 33042 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01773 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33040, 33042 bis 33044, 33050 und 33081 berechnungsfähig.*

**01774 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems** bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Feten gemäß **Anlage 1d** der Mutterschafts-Richtlinien

*Obligater Leistungsinhalt*

- Farbcodierte duplexsonographische Echokardiographie(n),
- Bilddokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Dopplersonographische Untersuchung einschließlich Frequenzspektrumanalyse,
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Behandlungsfall

1565 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01774 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Bei Mehrlingen ist die Leistung nach der Nr. 01774 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01774 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33021, 33022, 33043, 33060 bis 33063 und 33070 bis 33075 berechnungsfähig.*

**01775 Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems** bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Feten durch die in **Anlage 1d** der Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Indikationen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Farbcodierte Duplexsonographische Untersuchung(en) des fetomaternalen Gefäßsystems,
- Bilddokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Dopplersonographische Untersuchung einschließlich Frequenzspektrumanalyse,
- In mehreren Sitzungen,

je Sitzung

910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01775 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01775 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Bei Mehrlingen ist die Leistung nach der Nr. 01775 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01775 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33021, 33022, 33043, 33060 bis 33063 und 33070 bis 33075 berechnungsfähig.*

**01780 Planung der Geburtsleitung** durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß den Mutterschafts-Richtlinien

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en),
- Besprechung mit der Schwangeren

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 01786,
- Leistung nach der Nr. 33042,
- Leistung nach der Nr. 33043,
- Leistung nach der Nr. 33044

675 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01780 ist nicht durch den Arzt berechnungsfähig, der die Schwangere während der Schwangerschaft betreut.*

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01780 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01780 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01786 und 33042 bis 33044 berechnungsfähig.*

**01781 Fruchtwasserentnahme** durch Amniozentese unter Ultraschallsicht

1130 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01781 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01781 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01782, 02340, 02341, 02343, 33042 bis 33044 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.*

**01782 Transabdominale Blutentnahme** aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht

*Obligater Leistungsinhalt*

- Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 01781

1560 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01782 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01782 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 02340, 02341, 02343, 33042 bis 33044 und 33090 bis*

33092 berechnungsfähig.

- 01783 **Quantitative Bestimmung von Alpha-1-Feto-Protein (AFP) im Fruchtwasser oder im Serum im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge** 130 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01783 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32350 berechnungsfähig.*
- 01784 **Amnioskopie** 125 Punkte
- 01785 **Tokographische Untersuchung** vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung gemäß **Abschnitt B 4b** der Mutterschafts-Richtlinien 190 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01785 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01786 berechnungsfähig.*
- 01786 **Externe kardiographische Untersuchung (CTG) gemäß Abschnitt B 4c und Anlage 2** der Mutterschafts-Richtlinien 235 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01786 ist je Tag - auch bei Mehrlingsschwangerschaften - höchstens zweimal berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 01786 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01785 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 01786 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01780 berechnungsfähig.*
- 01787 **Transzervikale Gewinnung von Chorionzottergewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe** unter Ultraschallsicht 1625 Punkte  
*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01787 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*  
*Die Leistung nach der Nr. 01787 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02340, 02341, 02343, 33042 bis 33044 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.*
- 01790 **Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung**  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*  
 - Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),  
 einmal im Krankheitsfall 295 Punkte  
*Die ausschließliche Befundmitteilung über die Inhalte der Untersuchungen der Leistungen nach den Nrn. 01793, 01838, 08573, 11310 bis 11312 sowie 11320 bis 11322 ist nicht nach der Leistung nach der Nr. 01790 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 01790 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01791, 01792, 01835 bis*

*01838 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01790 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232 berechnungsfähig.*

01791 **Wissenschaftlich** begründete **humangenetische Beurteilung** auf der Grundlage **zugesandter Befunde**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und ggf. zugesandter Bilddokumente,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),  
einmal im Krankheitsfall

585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01791 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790, 01792, 01793, 01835 bis 01838 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01791 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232, 11310 bis 11312, 11320 bis 11322, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

01792 Ausführliche **humangenetische Beurteilung** wegen evidentem **genetischen** und/oder **teratogenem Risiko**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos,
- Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten,
- Detaillierte Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n),
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Krankheitsfall

2395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01792 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01792 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790, 01791, 01835 bis 01838 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01792 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232 berechnungsfähig.*

**01793 Pränatale zytogenetische Untersuchung(en)** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenanalyse aus den Amnionzellen oder Chorionzotten, mit Anlage von mindestens 2 und Auswertung von mindestens einer Kultur

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen,
- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung,
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),
- Fotografische Dokumentation,

je Fetus, einmal im Krankheitsfall

9925 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01793 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 bis 01602 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01793 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01835 bis 01838 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01793 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11231, 11310, 11311, 32850 und 32851 berechnungsfähig.*

**01800 Treponemenantikörper-Nachweis** mittels TPHA-Test (Lues-Suchreaktion) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

100 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01800 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32566 berechnungsfähig.*

**01801 Rötelnantikörper-Nachweis im Hämagglutinationshemmungstest (HAH)** zur Untersuchung der Immunitätslage im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

130 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01801 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32572 berechnungsfähig.*

**01802 Rötelnantikörper-Nachweis mittels HIG-Test oder Immunoassay** bei niedrigem HAH-Titer (1:<32) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01802 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32573 und 32574 berechnungsfähig.*

**01803 Untersuchung auf Rötelnantikörper der Klasse IgM mittels Immunoassay** bei auffälliger Rötelnanamnese im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Antikörperisolierung 210 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01803 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32574 berechnungsfähig.*
- 01804 **Bestimmung der Blutgruppe (A, B, 0) und des Rh-Faktors D** einschl. der Serumeigenschaften im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 180 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01804 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32540 berechnungsfähig.*
- 01805 **Untersuchung auf Dweak** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 140 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01805 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32542 berechnungsfähig.*
- 01806 **Bestimmung der Blutgruppenmerkmale C, c, E und e** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge bei Vorliegen irregulärer Antikörper im Rhesus-System 90 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01806 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32541 berechnungsfähig.*
- 01807 **Antikörper-Nachweis** mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 2 Testerythrozyten-Präparationen (Antikörper-Suchtest) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 140 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01807 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32545 berechnungsfähig.*
- 01808 **Antikörper-Differenzierung** mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 8 Testerythrozyten-Präparationen bei positivem Ausfall des Antikörper-Suchtests im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 300 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01808 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32546 berechnungsfähig.*
- 01809 **Quantitativer Antikörpernachweis** mittels indirektem Coombstest im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 170 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01809 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32554 berechnungsfähig.*
- 01810 **Untersuchung auf Hepatitis B-Virus-Antigen (HBs-Ag)** bei einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 120 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01810 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32781 berechnungsfähig.*
- 01811 **Untersuchung auf HIV-Antikörper** bei einer Schwangeren mittels Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 90 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 01811 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32575 berechnungsfähig.*
- 01812 **Untersuchung zum Nachweis von Chlamydia trachomatis-Antigen(en)** aus der Zervix auf einem vorgefertigten Reagenzträger im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 75 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01812 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32147 berechnungsfähig.*

- 01813 **Untersuchung zum Nachweis von Chlamydia trachomatis-Antigen(en)** aus der Zervix mittels **Immunfluoreszenz, Immunoassay** mit photometrischer Auswertung und/oder mittels **Nukleinsäurenachweis** ohne Amplifikation unter Verwendung markierter Sonden im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge 215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01813 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32702 und 32820 berechnungsfähig.*

- 01815 **Untersuchung und Beratung der Wöchnerin gemäß Abschnitt F.1. oder F.2.** der Mutterschafts-Richtlinien 270 Punkte

### 1.7.5 Empfängnisregelung

- 01820 **Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztliche Anordnung** an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels technischer Kommunikationseinrichtungen, im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch 30 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01820 ist nicht neben anderen Leistungen und an demselben Behandlungstag nicht mehrfach berechnungsfähig.*

- 01821 **Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses, einmal im Krankheitsfall

180 Punkte

*Fachärzte für Allgemeinmedizin können die Leistung nach der Nr. 01821 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 01821 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01850 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01821 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01822 berechnungsfähig.*

- 01822 **Beratung ggf. einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Leistung nach der Nr. 01821

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen

Bundesausschusses,  
einmal im Behandlungsfall 285 Punkte

*Fachärzte für Allgemeinmedizin können die Leistung nach der Nr. 01822 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 01822 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01850 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01822 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01821 berechnungsfähig.*

**01825 Entnahme von Zellmaterial** von der Ektozervix und aus der Endozervix  
*Obligater Leistungsinhalt*

- Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix,
- Fixierung des Ausstriches

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Entnahme mittels Bürste 50 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01825 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01730 berechnungsfähig.*

**01826 Zytologische Untersuchung** im Rahmen der Empfängnisregelung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 19311

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abstrichentnahme von Ekto- und/oder Endozervix 155 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01826 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Zytologie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01826 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01733, 19310 und 19311 berechnungsfähig.*

**01827 Mikroskopische Untersuchung** des Nativabstrichs des Scheidensekrets im Rahmen der Empfängnisregelung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets entsprechend der Leistung nach der Nr. 32030 70 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01827 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32030 berechnungsfähig.*

**01828 Entnahme von Venenblut** für den Röteln-HAH-Test im Rahmen der Empfängnisregelung 50 Punkte

*Fachärzte für Allgemeinmedizin können die Leistung nach der Nr. 01828*

*berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.*

- 01829 **Rötelnantikörper-Nachweis im Hämagglutinationshemmungstest (HAH)** bei ungeklärter Immunitätslage gegen Röteln im Rahmen der Empfängnisregelung 130 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 01829 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32572 berechnungsfähig.*
- 01830 **Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpressars (IUP)** im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr 490 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 08330
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 33043
  - Leistung nach der Nr. 33044,
  - Transkavitäre Untersuchung
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01830 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- Die Leistung nach der Nr. 01830 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08330, 08331, 33044, 33090, 34232 bis 34234, 34257, 34260 und 34270 berechnungsfähig.*
- 01831 **Ultraschallkontrolle** frühestens 8 Tage bis höchstens 6 Wochen nach Applikation eines Intrauterinpressars (IUP) im Rahmen der Empfängnisregelung 355 Punkte
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 33043
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01831 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- Die Leistung nach der Nr. 01831 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08331, 33042 bis 33044, 33091 und 33092 berechnungsfähig.*
- 01832 **Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums** im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr 165 Punkte
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Lokalanästhesie
- Die Leistung nach der Nr. 01832 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 08331 berechnungsfähig.*
- 01835 **Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung**
- Obligater Leistungsinhalt*

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,  
*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),  
einmal im Krankheitsfall

295 Punkte

*Die ausschließliche Befundmitteilung über die Inhalte der Untersuchungen der Leistungen nach den Nrn. 01793, 01838, 08573, 11310 bis 11312 sowie 11320 bis 11322 ist nicht nach der Leistung nach der Nr. 01835 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01835 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01836, 01837 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01835 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232 berechnungsfähig.*

01836 **Wissenschaftlich** begründete **humangenetische Beurteilung** auf der Grundlage **zugesandter Befunde**

*Obligater Leistungsinhalt*

Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und ggf. zugesandter Bilddokumente,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),  
einmal im Krankheitsfall

585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01836 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01835, 01837, 01838 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01836 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232, 11310 bis 11312, 11320 bis 11322, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

01837 Ausführliche **humangenetische Beurteilung** wegen evidentem **genetischen** und/oder **teratogenem Risiko**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos,
- Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten,
- Detaillierte Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n),
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Krankheitsfall

2395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01837 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01837 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01835, 01836 und 08570 bis 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01837 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232 berechnungsfähig.*

- 01838 **Postnatale zytogenetische Untersuchung(en)** im Rahmen der Empfängnisregelung,

einmal im Krankheitsfall

3345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01838 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 bis 01602 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01838 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01793, 01836, 08570, 08571 und 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01838 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11231, 11310, 11311, 32850 und 32851 berechnungsfähig.*

- 01839 **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen und/oder

- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung und/oder

- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Fotographische Dokumentation,

je angewendetes Färbeverfahren oder je untersuchter Zielsequenz (je Sonde)

1075 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01839 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 11312 berechnungsfähig.*

## 1.7.6 Sterilisation

### 01850 **Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung zur Empfehlung einer geeigneten Operationsmethode, einmal im Behandlungsfall

180 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01850 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01821 und 01822 berechnungsfähig.*

### 01851 **Klinische Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation,**

einmal im Behandlungsfall

175 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01851 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03310 und 04310 berechnungsfähig.*

### 01852 **Präanästhesiologische Untersuchung** einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der **Nr. 01856**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
- In mehreren Sitzungen

455 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01852 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05310 berechnungsfähig.*

### 01853 **Infiltrationsanästhesie** zur Durchführung der **Sterilisation beim Mann**

140 Punkte

### 01854 **Sterilisation des Mannes** bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

2005 Punkte

### 01855 **Sterilisation der Frau** bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

3255 Punkte

### 01856 **Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 05330

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 05331 3370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01856 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01221, 01913, 02100, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02342, 05220, 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 und 31820 bis 31828 berechnungsfähig.*

- 01857 **Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation** im Anschluss an die Leistung nach der **Nr. 01856**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 05350

einmal im Behandlungsfall

1310 Punkte

*Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.*

*Die Leistung nach der Nr. 01857 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01914, 02320 bis 02322, 02330, 02331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 und 31820 bis 31828 berechnungsfähig.*

### 1.7.7 Schwangerschaftsabbruch

- 01900 **Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schriftliche Feststellung der Indikation für den Schwangerschaftsabbruch,
- Klinische Untersuchung,
- Immunologische Schwangerschaftstests,

einmal im Behandlungsfall

205 Punkte

- 01901 **Klinische Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Schwangerschaftsabbruch**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauf, Folgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218c des StGB,
- Klinische Untersuchung,

einmal im Behandlungsfall

245 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01901 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03310 und 04310 berechnungsfähig.*

- 01902 **Ultraschalluntersuchung zur Feststellung des Schwangerschaftsalters vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 33044,
  - Bilddokumentation,
- einmal im Behandlungsfall 355 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01902 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- Die Leistung nach der Nr. 01902 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33043, 33044 und 33081 berechnungsfähig.*
- 01903 **Präanästhesiologische Untersuchung** einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der **Nr. 01913**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
  - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
  - In mehreren Sitzungen,
- einmal im Behandlungsfall 455 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 01903 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05310 berechnungsfähig.*
- 01904 **Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs** unter **medizinischer oder kriminologischer Indikation** bis zur vollendeten 12. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. bis zur vollendeten 14. Schwangerschaftswoche p. m.
- Obligater Leistungsinhalt*
- Überprüfung der Indikation,
  - Durchführung des operativen Schwangerschaftsabbruchs
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
  - Intrazervikale oder vaginale Prostaglandinapplikation,
  - Ultraschalluntersuchung(en)
- 2630 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01904 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus*
- Die Leistung nach der Nr. 01904 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33042 bis 33044 und 33081 berechnungsfähig.*

01905 **Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs** unter **medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p. c.** bzw. ab der 15. Schwangerschaftswoche p. m.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- Intrazervikale oder vaginale Prostaglandinapplikation,
- Ultraschalluntersuchung(en)

2985 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01905 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01905 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 33044 berechnungsfähig.*

01906 **Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation** bis zum 49. Tag p.m.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- Applikation wehenfördernder Mittel,
- Ultraschalluntersuchung(en)

1450 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01906 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01906 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 33044 berechnungsfähig.*

**Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs** entsprechend der Leistung nach der Nr. 01906

einmal im Behandlungsfall

01910 Dauer mehr als 2 Stunden

1310 Punkte

01911 Dauer mehr als 4 Stunden

2610 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 01910 und 01911 sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530 und 01531 berechnungsfähig.*

01912 **Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch** nach den Nrn. 01904, 01905 oder 01906 zwischen dem 7. und 14. Tag nach Abbruch

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung(en),
- Gynäkologische Untersuchung,
- Leistung nach der Nr. 33044

einmal im Behandlungsfall

500 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 01912 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 01912 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 33044 berechnungsfähig.*

#### 01913 **Narkose im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 05330

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 05331

3370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01913 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01221, 01856, 02100, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02342, 05220, 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 und 31820 bis 31828 berechnungsfähig.*

#### 01914 **Beobachtung und Betreuung der Patientin nach Schwangerschaftsabbruch im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 01913**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 05350

einmal im Behandlungsfall

1310 Punkte

*Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.*

*Die Leistung nach der Nr. 01914 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 02320 bis 02322, 02330, 02331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 und 31820 bis 31828 berechnungsfähig.*

### 1.8 Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit

Die Berechnung der Leistungen dieses Abschnitts setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger voraus. Der Leistungsbedarf, welcher der "Substitutionsbehandlung" zuzuordnen ist, umfasst ausschließlich die Leistungen nach den Nrn. 01950 bis 01952. Werden darüber hinaus bei denselben Patienten weitere Leistungen notwendig, sind diese dem übrigen kurativen Leistungsbereich zuzurechnen.

- 01950 **Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,**  
je Behandlungstag 90 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 01950 sind arztgruppenspezifische Ordinations- und Konsultationskomplexe nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 01950 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 01410 bis 01414, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Leistung nach der Nr. 01950 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Praxis nicht aufsuchen kann.*

*Die Leistung nach der Nr. 01950 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102 und 01110 berechnungsfähig.*

- 01951 **Zuschlag** zu der Leistung nach der **Nr. 01950** für die Behandlung an **Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember** 200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 01951 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102 und 01110 berechnungsfähig.*

- 01952 **Zuschlag** zu der Leistung nach der **Nr. 01950** für das **therapeutische Gespräch** 270 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
  - In mehreren Sitzungen,
- höchstens viermal im Behandlungsfall

## 2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen

### 2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen

- 02100 **Infusion**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Infusion
    - intravenös
    - und/oder
    - in das Knochenmark
    - und/oder
    - mittels Portsystem

- und/oder  
 - intraarteriell  
 - Dauer mindestens 10 Minuten 145 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02100 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 30.7 sowie den Leistungen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02100 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31800 und 31801 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13550, 26330 und 34291 berechnungsfähig.*

### 02110 Erste Transfusion

*Obligater Leistungsinhalt*

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test),
- Transfusion der ersten Blutkonserve  
und/oder
- Transfusion der ersten Blutpräparation  
und/oder
- Transfusion von Frischblut

545 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 02111 Jede weitere Transfusion im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 02110

*Obligater Leistungsinhalt*

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test),
- Weitere Transfusion im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 02110,

je Konserve bzw. Blutpräparation (auch Frischblut)

215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02111 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 02112 Reinfusion

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 200 ml Eigenblut oder Eigenplasma,
- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02112 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 02120 Erstprogrammierung einer externen elektronisch programmierbaren **Medikamentenpumpe** zur Applikation von Zytostatika

300 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02120 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 30750 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02120 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

## 2.2 Tuberkulintestung

### 02200 Tuberkulintestung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux und/oder
- Intrakutaner TINE-Test und/oder
- Testung
  - kutan nach von Pirquet und/oder
  - perkutan nach Moro und/oder
  - mittels Pflaster (Hamburger-Test),

je Test

25 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02200 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

## 2.3 Operative Eingriffe ("Kleine Chirurgie"), Chirurgische Behandlung, Allgemeine therapeutische Leistungen

1. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationärsersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 Abs. 1 SGB V gilt nicht für Leistungen dieses Abschnitts.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Leistungen.

### 02300 Kleiner Operativer Eingriff I

*Obligater Leistungsinhalt*

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Primäre Wundversorgung,

einmal am Behandlungstag

150 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02300 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08332, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 13257, 13400 bis 13402, 13404, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13550, 13551, 13662, 13663, 13670, 15321 bis 15323,*

18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 27332, 31820 bis 31828 und 34500 bis 34502 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02300 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

## 02301 Kleiner operativer Eingriff II, primäre Wundversorgung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
  - Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder
  - Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen mittels Infrarot-, Elektro- und/oder Lasertechnik und/oder
  - Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder
  - Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder
  - Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder
  - Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder
  - Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie
- einmal am Behandlungstag

345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02301 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 02301 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01741, 02300, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08332, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 13257, 13400 bis 13402, 13404, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13550, 13551, 13662, 13663, 13670, 15321 bis 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 31820 bis 31828 und 34500 bis 34502 und*

*nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02301 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**02302 Kleiner operativer Eingriff III, primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern  
und/oder
- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss  
und/oder
- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben  
und/oder
- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst  
und/oder
- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe) und/oder aus Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)  
und/oder
- Emmert-Plastik  
und/oder
- Venae sectio,

einmal am Behandlungstag

630 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02302 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 02302 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01741, 02300, 02301, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 03331, 04331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08332, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13550, 13551, 13662, 13663, 13670, 15321 bis 15323, 18310, 18311, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 31820 bis 31828 und 34500 bis 34502 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02302 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**02310 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), und/oder Decubitalulcus (-ulcera)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

einmal im Behandlungsfall

535 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02350 und 15323 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02311 bis 02313, 02340, 02341, 02360, 10330, 18340 und 34291 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**02311 Behandlung des diabetischen Fußes**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß,
- Überprüfung und/oder Verordnung von geeignetem Schuhwerk,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verband,

je Bein, je Sitzung

370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02311 kann nur dann berechnet werden, wenn der Vertragsarzt - im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation*

zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Die Leistung nach der Nr. 02311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02313, 02350, 02360, 30500 und 30501 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

**02312 Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,
- Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden,
- Abtragung von Nekrosen,
- Mindestens 10 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Fotodokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ruhigstellung,
- Thromboseprophylaxe,
- Teilbäder,

einmal im Behandlungsfall

2065 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 02312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02360 und 30501 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02350, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02312 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

**02313 Langzeit-Kompressions-Therapie beim Lymphödem und/oder beim Ulcus cruris venosum an einem oder beiden Beinen unter Einschluss des Fußes und mindestens des Unterschenkels**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kompressions-Therapie mit mindestens 8 Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall,

einmal im Behandlungsfall

1490 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 02313 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02311, 10330 und 30501 berechnungsfähig.

*Die Leistung nach der Nr. 02313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02350, 07340, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02313 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*

**02320 Einführung einer Magenverweilsonde** 115 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01856, 01857, 01913, 01914, 05330, 05331, 05340, 13412, 13420 und 31821 bis 31828 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02321 Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters** 320 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02321 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01856, 01857, 01913, 01914, 02300 bis 02302, 02322, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340 und 31821 bis 31828 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02322 Wechsel oder Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters** 135 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02322 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01856, 01857, 01913, 01914, 02300 bis 02302, 02321, 02323, 02340 und 02341 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02323 Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters** 175 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02323 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01856, 01913, 02300, 02322, 05330, 05331, 05340 und 31821 bis 31828 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02323 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 10330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

**02330 Blutentnahme durch Arterienpunktion** 140 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300, 02331, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 13311, 13650, 13661, 31821 bis 31828, 34283 bis 34287 und 34290 bis 34292 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13550 und 34291 berechnungsfähig.*

**02331 Intraarterielle Injektion** 190 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302,*

02330, 02340, 02341, 05330, 05331, 05340, 13311, 31821 bis 31828, 34283 bis 34287, 34290 bis 34292 und 34502 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13550 und 34291 berechnungsfähig.

#### 02340 **Punktion(en) I**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Punction eines/einer/des/der
  - Lymphknotens
  - und/oder
  - Schleimbeutels
  - und/oder
  - Ganglions
  - und/oder
  - Seroms
  - und/oder
  - Hygroms
  - und/oder
  - Hämatoms
  - und/oder
  - Wasserbruchs
  - und/oder
  - Ascites
  - und/oder
  - Harnblase beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind
  - und/oder
  - Pleura-/Lungenpunktion
  - und/oder
  - Schilddrüsenseite
  - und/oder
  - Prostata

120 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 02340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 05330, 05331, 05341, 05350, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 13412, 13662, 13663, 13670, 26341, 31821 bis 31828, 34235, 34236 und 34500 bis 34502 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 02340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602, 31608 bis 31637, 31643 bis 31650 und 31656 bis 31659 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 34 berechnungsfähig.

#### 02341 **Punktion(en) II**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Punction eines/einer/des/der

- Mamma  
und/oder
- Knochenmarks  
und/oder
- Leber  
und/oder
- Niere  
und/oder
- Pankreas  
und/oder
- Gelenkes  
und/oder
- Adnextumors, ggf. einschl. Douglasraum  
und/oder
- Hodens  
und/oder
- Entlastungspunktion bei Ascites unter Gewinnung von mindestens  
250 ml Ascites-Flüssigkeit

300 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02341 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 05330, 05331, 05341, 05350, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 13412, 13662, 13663, 13670, 17371, 26341, 31821 bis 31828, 34235, 34236 und 34500 bis 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02341 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

#### 02342 Lumbalpunktion

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Abklärung einer entzündlichen Hirn- oder Rückenmarkserkrankung mittels Lumbalpunktion,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Lokalanästhesie,
- Messung des Liquordrucks

1005 Punkte

*Die Leistungen nach der Nr. 02342 kann nur von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin gemäß der in der Präambel des Abschnitts 4.4 aufgeführten Qualifikationsvoraussetzungen oder von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden*

*Die Leistung nach der Nr. 02342 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01856, 01913, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 31820 bis 31828, 34223 und 34502 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.7 und 5.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02342 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02343 Entlastungspunktion des Pleuraraums oder nichtoperative Pleuradrainage**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Entlastungspunktion des Pleuraraums und Gewinnung von mindestens 250 ml Ergußflüssigkeit und/oder
- Nichtoperative Anlage einer Pleuradrainage

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Lokalanästhesie

630 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02343 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 05330, 05331, 09315, 09316, 13662, 13663, 13670, 31821 bis 31828 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02350 Fixierender Verband** mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien

275 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02311, 07310, 07311, 18310, 18311 und 27332 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02350 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02312, 02313, 07330, 07340, 10330, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

**02360 Behandlung mit Lokalanästhetika**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Anwendung von Lokalanästhetika
  - zur Behandlung funktioneller Störungen und/oder
  - zur Schmerzbehandlung,

einmal im Behandlungsfall

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02360 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02311, 02312, 06350 bis 06352, 09315 bis 09317, 09360 bis 09362, 15321 bis 15323, 26350 bis 26352 und 30710 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 2.4 Diagnostische Verfahren, Teste

**02400 Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests** ohne Analyse nach der Nr. 32315

60 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02400 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulcuserkrankung.*

*Die Leistung nach der Nr. 02400 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13400 und 32706 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02400 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02401 H2-Atemtest**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mehrere Probenentnahmen,
- Mehrere Messungen der H2-Konzentration,
- Zeitbezogene Dokumentation der Messergebnisse

275 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02401 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01741 und 13421 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02401 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

## 2.5 Physikalisch-therapeutische Leistungen

In den Leistungen dieses Abschnitts sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der Arzneimittel und wirksamen Substanzen, die für Inhalationen, für die Thermo-therapie, für die Iontophorese sowie für die Phototherapie erforderlich sind.

**02500 Einzelinhalationstherapie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intermittierende Überdruckbeatmung und/oder
- Inhalation mittels alveolengängiger Teilchen (z. B. Ultraschallvernebelung),

je Sitzung

35 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02500 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02501 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02500 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02501 Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe

120 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02501 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02500 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02501 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02510 Wärmetherapie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mittels Packungen mit Paraffinen und/oder
- Mittels Peloiden und/oder
- Mittels Heißluft und/oder
- Mittels Kurz-, Dezimeterwelle und/oder
- Mittels Mikrowelle und/oder
- Mittels Hochfrequenzstrom und/oder
- Mittels Infrarotbestrahlung und/oder
- Mittels Ultraschall mit einer Leistungsdichte von weniger als 3 Watt pro cm<sup>2</sup>,

je Sitzung

50 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02510 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02511 Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Galvanisation und/oder
- Reizstrom und/oder
- Neofaradischer Schwellstrom und/oder
- Iontophorese und/oder
- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie

und/oder

- Schwellstromtherapie

und/oder

- Interferenzstromtherapie,

je Sitzung

25 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02511 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 07310, 07311, 07320, 18310 und 18311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 02511 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02512 Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektrostimulation,

- Festlegung der Reizparameter,

je Sitzung

50 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02512 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**02520 Phototherapie eines Neugeborenen,**

je Tag

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 02520 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

## III Arztgruppenspezifische Leistungen

### III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich

#### 3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

##### 3.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Praktischen Ärzten,
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen dieses Kapitels nicht mehr berechnen.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600, 01601, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01710 bis 01722, 01731, 01732, 01734, 01740, 01758, 01820, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500, 02501, 02510 bis 02512 und 02520.
4. Die Leistungen nach den Nrn. 01730, 01821, 01822, 01828 sind von Fachärzten für Allgemeinmedizin berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30800, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33061, 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 32.1 und 32.2 sowie Leistungen des Kapitels 35.
6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung

gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## 3.2 Hausärztliche Strukturleistungen

### 3.2.1 Allgemeine hausärztliche Strukturleistungen

03000 **Hausärztliche Grundvergütung** gemäß § 87 Abs. 2a SGB V für

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- die Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,

einmal im Behandlungsfall

90 Punkte

*Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.*

*Von der Grundvergütung für Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a SGB V sind nachfolgende Behandlungsfälle ausgenommen: Behandlungsfälle, die auf dem Abrechnungsschein für ärztlichen Notfalldienst bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19a-c) zur Abrechnung gelangen; Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Auftragsleistungen zur Abrechnung gelangen; Behandlungsfälle, in denen eine oder mehrere Leistungen des Abschnitts 35.2 zur Abrechnung gelangen.*

03001 **Koordination der hausärztlichen Betreuung** bei Patienten mit mindestens einer der nachfolgenden Indikationen:

- Hemiparese, spastischer Di- oder Tetraplegie, Mehrfachbehinderung,
- Komplexer zerebraler Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralem Anfallsleiden oder neurodegenerativer bzw. metabolischer bzw. muskulärer Systemerkrankung,
- Chronischer Psychose (Manie, Depression, Schizophrenie),
- Autismus,
- Mukoviszidose,
- Erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung,

- Palliativmedizinische Betreuung,
- Chronischer Niereninsuffizienz (Patienten mit einer dauerhaften endogenen Kreatinin-Clearance von unter 20 ml/min)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Betreuung,
- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungspersonen,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

einmal im Behandlungsfall

835 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03001 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 03001 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03002, 03210 und 03211 berechnungsfähig.*

**03002 Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entsprechend der Leistung nach der Nr. 03001** bei Versorgung in

- Beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen
- oder
- Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal,

einmal im Behandlungsfall

380 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03002 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 03002 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03001, 03210 und 03211 berechnungsfähig.*

**03005 Pauschale für die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft,**

einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)

320 Punkte

*Für Gemeinschaftspraxen, die gemäß 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen einen Aufschlag von 20 % auf den Ordinationskomplex erhalten, erhöht sich die Pauschale für die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft um 20 %.*

### 3.3 Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung

#### 3.3.1 Hausärztliche Grundleistungen

##### **Ordinationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Betreuung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

03110	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	155 Punkte
03111	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	145 Punkte
03112	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	225 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 03110 bis 03112 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 03115 berechnungsfähig.*

### 03115 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.1 und 4.1.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

je Arzt-Patienten-Kontakt 30 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03115 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03110 bis 03112 berechnungsfähig.*

03120 **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**, Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten 150 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 03110 bis 03112 und 03120 ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 03120 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120.*

## 3.3.2 Hausärztliche Betreuungsleistungen bei chronischen Erkrankungen

03210 **Behandlung und Betreuung** eines Patienten mit **einer chronisch-internistischen Grunderkrankung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zwischenanamnese,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der Grunderkrankung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung der Bezugsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen und familiären Umfeldes im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Weitere konsiliarische Erörterung mit dem behandelnden Facharzt,
- Leistung nach der Nr. 03311,
- Leistung nach der Nr. 03312,

- Leistung nach der Nr. 03320,
- Leistung nach der Nr. 03330,

einmal im Behandlungsfall

445 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03210 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 03210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03001, 03002, 03211, 03311 bis 03313, 03320 und 03330 berechnungsfähig.*

**03211 Behandlung und Betreuung** eines Patienten mit einer **chronisch-degenerativen** und/oder **entzündlichen Erkrankung** des **Bewegungsapparates**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zwischenanamnese,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der Grunderkrankung,
- Planung und Koordination der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung des familiären und häuslichen Umfeldes,
- Koordination der zu veranlassenden notwendigen bildgebenden Diagnostik,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung der Bezugsperson(en),
- Weitere konsiliarische Erörterung(en) mit dem behandelnden Facharzt,
- Koordinationsmaßnahmen mit ggf. einbezogenen komplementären Heilberufen,
- Leistung nach der Nr. 03311,
- Leistung nach der Nr. 03312,

einmal im Behandlungsfall

350 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nummer 03211 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 03211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03001, 03002, 03210 und 03311 bis 03313 berechnungsfähig.*

### 3.3.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

**03310 Präoperativer Untersuchungskomplex** vor **ambulant** oder **belegärztlich** durchzuführenden Operationen in Narkose, rückenmarksnahen Regionalanästhesien (spinal, peridural)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,

- Ganzkörperstatus,
- Ärztlicher Brief nach Nr. 01601,
- Dokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchung nach der Nr. 32115,

einmal im Behandlungsfall

890 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 03311, 03312, 03320 und 32115 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03310 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01851 und 01901 berechnungsfähig.*

**03311 Ganzkörperstatus**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Ganzkörperstatus,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 03312,

einmal im Behandlungsfall

290 Punkte

*Die Begrenzung der Berechnung der Leistung nach der Nr. 03311 auf einmal im Behandlungsfall findet bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr keine Anwendung.*

*Die Leistung nach der Nr. 03311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01720, 03310, 03312 und 03350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03311 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03210 und 03211 berechnungsfähig.*

**03312 Klinisch-neurologische Basisdiagnostik**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Reflexstatus,
- Prüfung der Motorik,
- Prüfung der Sensibilität,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prüfung der Funktion der Hirnnerven,
- Prüfung der Funktion des extrapyramidalen System,
- Prüfung des Vegetativums,
- Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße,

einmal im Behandlungsfall

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719, 03310, 03311 und 03350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03312 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03210 und 03211 berechnungsfähig.*

### 03313 Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status

*Obligater Leistungsinhalt*

- Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status,
- Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten,
- Schriftliche ärztliche Aufzeichnung,

einmal im Behandlungsfall

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03313 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 03341 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03210 und 03211 berechnungsfähig.*

### 03314 Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 338 für die Durchführung von Testverfahren bei Demenzverdacht

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD), je Test,

bis zu dreimal im Behandlungsfall

50 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03314 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 03341 berechnungsfähig.*

### 03320 Elektrokardiographische Untersuchung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand)

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03310 und 03321 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03320 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 und 31622 bis 31629 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 03210 berechnungsfähig.*

### 03321 Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
  - Wiederholte Blutdruckmessung
- 525 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 03321 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 03320 berechnungsfähig.*
- 03322 Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 170 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 03323 Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 235 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03323 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 03324 Langzeit-Blutdruckmessung**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
  - Computergestützte Auswertung,
  - Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
  - Auswertung und Beurteilung des Befundes
- 195 Punkte
- 03330 Spirographische Untersuchung**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Darstellung der Flussvolumenkurve,
  - In- und expiratorische Messung,
  - Graphische Registrierung
- 155 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 03330 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31013 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 03330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 03210 berechnungsfähig.*
- 03331 Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Rektale Palpation,
  - Proktoskopie,
  - Patientenaufklärung in angemessenem Abstand zur Untersuchung,
  - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,

- Nachbeobachtung und -betreuung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Rektoskopie

215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 30600 berechnungsfähig.*

**03332 Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangenem, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Binaurikuläre Untersuchung,
- Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit bis zu 8 Prüffrequenzen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung,

einmal im Behandlungsfall

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03332 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlicher Kalibrierung durch einen zugelassenen Wartungsdienst. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.*

*Die Leistung nach der Nr. 03332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03351 und 03352 berechnungsfähig.*

**03340 Hausärztlich-allergologische Basisdiagnostik**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Allergologische Anamnese,
- Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

einmal im Behandlungsfall

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30110, 30111 und 30120 bis 30123 berechnungsfähig.*

**03341 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z. B.

Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),

- Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment),
- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,

einmal im Behandlungsfall

350 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03341 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03341 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 03313 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 03341 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 03314 berechnungsfähig.*

**03350 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle,
- Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdre reflexe sowie der Hirnnerven

245 Punkte

*Vertragsärzte des Hausärztlichen Versorgungsbereiches können die Leistungen nach der Nr. 361 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben und/oder über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 03350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719, 03311, 03312 und 35212 berechnungsfähig.*

**03351 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung** eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Standardisiertes Verfahren,
- Prüfung aktiver und passiver Wortschatz,
- Prüfung des Sprachverständnisses,
- Prüfung der Fein- und Grobmotorik,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 03332,

einmal im Behandlungsfall

430 Punkte

*Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches können die Leistungen nach der Nr. 03351 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben und/oder über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 03351 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01720, 03332 und 03352 berechnungsfähig.*

03352 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 01712 bis 01720 bei Erbringung des Inhalts der Leistung nach der Nr. 03351 neben Untersuchungen nach der Kinder-Richtlinie bzw. den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung

185 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 03352 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03332 und 03351 berechnungsfähig.*

## 4 Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin

### 4.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von  
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin  
berechnet werden.
2. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können - wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen dieses Kapitels nicht mehr berechnen.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können zusätzlich die arztgruppenspezifischen Leistungen nach den Nrn. 13350, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13430, 13431, 13500, 13501, 13502, 13550, 13551, 13552, 13560, 13561, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13650, 13660, 13651, 13661, 13662, 13663, 13670, 13700, 13701, 16310, 16311, 16312, 16313, 16314 und 30900 nach Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnen.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01710, 01852, 01856, 01857, 01903, 01913, 01914, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02342, 02360 und 02510 bis 02512.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen -

zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 31820 bis 31828, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.3, 34.2, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.

6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## 4.2 Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin

### 4.2.1 Allgemeine Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin

04000 **Hausärztliche Grundvergütung** gemäß § 87 Abs. 2a SGB V für

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- die Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,

einmal im Behandlungsfall

90 Punkte

*Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.*

*Von der Grundvergütung für Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a SGB V sind nachfolgende Behandlungsfälle ausgenommen: Behandlungsfälle, die auf dem Abrechnungsschein für ärztlichen Notfalldienst bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19a-c) zur Abrechnung gelangen; Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Auftragsleistungen zur Abrechnung gelangen; Behandlungsfälle, in denen eine oder mehrere Leistungen des Abschnitts 35.2 zur Abrechnung gelangen.*

04001 **Koordination der hausärztlichen Betreuung** bei Patienten mit mindestens einer der nachfolgenden Indikationen:

- Hemiparese, spastischer Di- oder Tetraplegie, Mehrfachbehinderung,
- Komplexer zerebraler Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralem Anfallsleiden oder neurodegenerativer bzw. metabolischer bzw. muskulärer Systemerkrankung,
- Chronischer Psychose (Manie, Depression, Schizophrenie),
- Autismus,
- Mukoviszidose,
- Erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung,
- Palliativmedizinische Betreuung,
- Chronischer Niereninsuffizienz (Patienten mit einer dauerhaften endogenen Kreatinin-Clearance von unter 20 ml/min)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Betreuung,
- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungspersonen,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

einmal im Behandlungsfall

835 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04001 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 04001 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04002, 04210 und 04211 berechnungsfähig.*

**04002 Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entsprechend der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in**

- Beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen
- oder
- Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal,

einmal im Behandlungsfall

380 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04002 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 04002 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04001, 04210 und 04211 berechnungsfähig.*

**04005 Pauschale für die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft,**

einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)

320 Punkte

*Für Gemeinschaftspraxen, die gemäß 6.1 der Allgemeinen Bestimmungen einen Aufschlag von 20 % auf den Ordinationskomplex erhalten, erhöht sich die Pauschale für die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft um 20 %.*

### 4.3 Leistungen der allgemeinen kinder- und jugendmedizinischen Versorgung

#### 4.3.1 Kinder- und jugendmedizinische Grundleistungen

**Ordinationskomplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Betreuung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

04110	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	155 Punkte
04111	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	145 Punkte
04112	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	225 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 04110 bis 04112 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 04115 berechnungsfähig.*

**04115 Konsultationskomplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.1 und 4.1.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

je Arzt-Patienten-Kontakt

30 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04115 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04110 bis 04112 berechnungsfähig.*

04120	<b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten	150 Punkte
-------	---	------------

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 04110 bis 04112 und 04120 ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04120.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 04120 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04120.*

#### 4.3.2 Kinder- und jugendmedizinische Betreuungsleistungen bei chronischen Erkrankungen

##### 04210 **Behandlung und Betreuung** eines Patienten mit **einer chronisch-internistischen Grunderkrankung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zwischenanamnese,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der Grunderkrankung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs

- mit Arzneimitteln,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung der Bezugsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen und familiären Umfeldes im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Weitere konsiliarische Erörterung mit dem behandelnden Facharzt,
- Leistung nach der Nr. 04311,
- Leistung nach der Nr. 04312,
- Leistung nach der Nr. 04320,
- Leistung nach der Nr. 04330,

einmal im Behandlungsfall

445 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04210 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 04210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04001, 04002, 04211, 04311 bis 04313, 04320 und 04330 berechnungsfähig.*

04211 **Behandlung und Betreuung** eines Patienten mit einer **chronisch-degenerativen** und/oder **entzündlichen Erkrankung** des **Bewegungsapparates**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zwischenanamnese,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der Grunderkrankung,
- Planung und Koordination der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung des familiären und häuslichen Umfeldes,
- Koordination der zu veranlassenden notwendigen bildgebenden Diagnostik,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung der Bezugsperson(en),
- Weitere konsiliarische Erörterung(en) mit dem behandelnden Facharzt,
- Koordinationsmaßnahmen mit ggf. einbezogenen komplementären Heilberufen,
- Leistung nach der Nr. 04311,
- Leistung nach der Nr. 04312,

einmal im Behandlungsfall

350 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nummer 04211 setzt die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 04211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04001, 04002, 04210 und 04311 bis 04313 berechnungsfähig.*

#### 4.3.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

**04310 Präoperativer Untersuchungskomplex vor ambulant oder belegärztlich durchzuführenden Operationen in Narkose, rückenmarksnahen Regionalanästhesien (spinal, peridural)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ärztlicher Brief nach Nr. 01601,
- Dokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchung nach der Nr. 32115,

einmal im Behandlungsfall

890 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 04311, 04312, 04320 und 32115 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04310 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01851 und 01901 berechnungsfähig.*

**04311 Ganzkörperstatus**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Ganzkörperstatus,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 04312,

einmal im Behandlungsfall

290 Punkte

*Die Begrenzung der Berechnung der Leistung nach der Nr. 04311 auf einmal im Behandlungsfall findet bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr keine Anwendung.*

*Die Leistung nach der Nr. 04311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01720, 04310, 04312 und 04350 bis 04352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04311 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04210 und 04211 berechnungsfähig.*

**04312 Klinisch-neurologische Basisdiagnostik**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Reflexstatus,
- Prüfung der Motorik,
- Prüfung der Sensibilität,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prüfung der Funktion der Hirnnerven,
- Prüfung der Funktion des extrapyramidalen System,
- Prüfung des Vegetativums,
- Untersuchung der hirnersorgenden Gefäße,

einmal im Behandlungsfall

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719, 04310, 04311 und 04350 bis 04352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04312 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04210 und 04211 berechnungsfähig.*

**04313 Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status***Obligater Leistungsinhalt*

- Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status,
- Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten,
- Schriftliche ärztliche Aufzeichnung,

einmal im Behandlungsfall

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04313 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 04350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04210 und 04211 berechnungsfähig.*

**04320 Elektrokardiographische Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand)

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04310 und 04321 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04320 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 04210 berechnungsfähig.*

**04321 Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)***Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12

525 Punkte

- Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,  
 - Wiederholte Blutdruckmessung
- Die Leistung nach der Nr. 04321 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 04320 berechnungsfähig.*
- 04322 Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 170 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 04323 Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 235 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 04323 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus*
- 04324 Langzeit-Blutdruckmessung**
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
  - Computergestützte Auswertung,
  - Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
  - Auswertung und Beurteilung des Befundes
- 195 Punkte
- 04330 Spirographische Untersuchung**
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Darstellung der Flussvolumenkurve,
  - In- und expiratorische Messung,
  - Graphische Registrierung
- 155 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 04330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 04210 berechnungsfähig.*
- 04331 Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex**
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Rektale Palpation,
  - Proktoskopie,
  - Patientenaufklärung in angemessenem Abstand zur Untersuchung,
  - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
  - Nachbeobachtung und -betreuung
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Prämedikation/Sedierung,
- 215 Punkte

- Rektoskopie

*Die Leistung nach der Nr. 04331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 30600 berechnungsfähig.*

**04332 Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Binaurikulare Untersuchung,
- Bestimmung(en) der Hörschwelle in Luftleitung mit bis zu 8 Prüffrequenzen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung,

einmal im Behandlungsfall

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04332 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlicher Kalibrierung durch einen zugelassenen Wartungsdienst. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.*

*Die Leistung nach der Nr. 04332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04353 und 04354 berechnungsfähig.*

**04333 Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung in Ruhe und/oder
- Bei Belastung und/oder
- Zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie

205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04333 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32247 berechnungsfähig.*

**04334 Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode,
- Fortlaufende graphische Registrierung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Applikation von broncholytisch wirksamen Substanzen,
- Laufbelastungstest(s)

175 Punkte

**04340 Allergologische Basisdiagnostik**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Allergologische Anamnese,
- Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

einmal im Behandlungsfall

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30110, 30111 und 30120 bis 30123 berechnungsfähig.*

**04341 Mukoviszidose-Diagnostik***Obligater Leistungsinhalt*

- Gewinnung von Schweiß zur Bestimmung des Elektrolytgehaltes und/oder
- Bestimmung der nasalen Potentialdifferenz und/oder
- Bestimmung der rektalen Potentialdifferenz

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung des Elektrolytgehalts durch Widerstandsmessung

200 Punkte

**04350 Untersuchung und Beurteilung** der funktionellen Entwicklung eines Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung von mindestens 4 Funktionsbereichen (Grobmotorik, Handfunktion, geistige Entwicklung, Perzeption, Sprache, Sozialverhalten oder Selbstständigkeit) nach standardisierten Verfahren,

je Sitzung

440 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04350 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 04350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719, 04311 bis 04313, 04351 und 04352 berechnungsfähig.*

**04351 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes*Obligater Leistungsinhalt*

- Beurteilung der altersgemäßen Haltungs- und Bewegungskontrolle,
- Beurteilung des Muskeltonus, der Eigen- und Fremdre reflexe sowie der Hirnnerven

245 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04351 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719, 04311, 04312, 04350, 04352 und 35212 berechnungsfähig.*

**04352 Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen mit

Störungen im Bereich der Koordination, Visuomotorik, der kognitiven Wahrnehmungsfähigkeit unter Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus,
- Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Entwicklungsneurologische Untersuchungen entsprechend der Leistung nach der Nr. 03350,

einmal im Behandlungsfall

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04352 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719, 04311, 04312, 04350 und 04351 berechnungsfähig.*

**04353 Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung** eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Standardisiertes Verfahren,
- Prüfung aktiver und passiver Wortschatz,
- Prüfung des Sprachverständnisses,
- Prüfung der Fein- und Grobmotorik,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 04332,

einmal im Behandlungsfall

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04353 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01720, 04332 und 04354 berechnungsfähig.*

**04354 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 01712 bis 01720 bei Erbringung des Inhalts der Leistung nach der Nr. 04353 neben Untersuchungen nach der Kinder-Richtlinie bzw. den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung

185 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04354 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 04332 und 04353 berechnungsfähig.*

**04360 Funktionelle Entwicklungstherapie** bei Ausfallerscheinungen in bzw. im

- Motorik  
und/oder
- Sensorik  
und/oder
- Sprachbereich  
und/oder
- Sozialverhalten

*Obligater Leistungsinhalt*

- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

je vollendete 15 Minuten

165 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04360 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 04361 berechnungsfähig.*

04361 **Funktionelle Entwicklungstherapie** bei Ausfallerscheinungen in bzw. im

- Motorik
- und/oder
- Sensorik
- und/oder
- Sprachbereich
- und/oder
- Sozialverhalten

*Obligater Leistungsinhalt*

- Gruppenbehandlung mit bis zu 4 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

75 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 04361 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 04360 berechnungsfähig.*

#### 4.4 Leistungen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin

1. Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt dem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin auf Antrag jeweils die unter 2. aufgeführten Leistungen anderer arztgruppenspezifischer Kapitel abzurechnen, wenn er die unter 3. aufgeführten Qualifikationen jeweils für die unter 2. genannten Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen kann.
2. Die Genehmigung kann für eine oder mehrere nachfolgende Leistungen erteilt werden: Leistungen nach den Nrn. 13350, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13430, 13431, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13650, 13660, 13651, 13661, 13662, 13663, 13670, 13700, 13701, 16310, 16311, 16312, 16313, 16314, 30900.
3. Als Genehmigungsvoraussetzung gilt:
  - Für die Leistungen nach den Nrn. 13500, 13501, 13502 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Hämatologie und -Onkologie an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte; davon mindestens 6 Monate in einem hämatologisch-onkologischen Labor.
  - Für die Leistungen nach den Nrn. 16310, 16311, 16312, 16313 und 16314 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des

- Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 24-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Neuropädiatrie.
- Für die Leistung nach der Nr. 13350 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 24-monatige Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie.
  - Für die Leistungen nach den Nrn. 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13430 und 13431 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie.
  - Für die Leistungen nach den Nrn. 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 24-monatige Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Nephrologie.
  - Für die Leistungen nach den Nrn. 13650, 13660, 13651, 13661, 13662, 13663, 13670, 30900 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 24-monatige Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Pneumologie.
  - Für die Leistungen nach den Nrn. 13700 und 13701 eine zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin abgeleistete, mindestens 18-monatige Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Rheumatologie.
4. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder-Kardiologie können die Leistungen nach den Nrn. 13550, 13551, 13552, 13560 und 13561 berechnen.
  5. Andere als die unter 2. und 4. aufgeführten Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereiches sind von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin nicht berechnungsfähig.
  6. Die Beschreibung der Leistungsinhalte der unter 2. und 4. aufgeführten Leistungspositionen ist dem an der ambulanten Versorgung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen ausgerichteten vertragsärztlichen Versorgungsauftrag anzupassen.

## III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

### 5 Anästhesiologische Leistungen

#### 5.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB

- V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels abrechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 02100, 02200, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341, 02360 und 02510 bis 02512.
  4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 31601 und 31602, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.5.1, 31.6, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
  5. Voraussetzung für die Berechnung von anästhesiologischen Leistungskomplexziffern ist ein im Rahmen der Qualitätssicherung definiertes Narkosemanagement, das die notwendigen fachlichen und personellen Bedingungen (wie z. B. EKG-Monitoring, Ausrüstung zur Reanimations- und Schockbehandlung, Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten für die Überwachungszeit) sowie eine entsprechende fachspezifische Dokumentation beinhaltet.
  6. Zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose sind gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandard eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte postoperative Überwachung des Patienten immer erforderlich.
  7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## 5.2 Anästhesiologische Grundleistungen

### **Ordinationskomplex**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

05210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	215 Punkte
05211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	185 Punkte
05212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	215 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 05210 bis 05212 sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01221, 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100 und 05215 berechnungsfähig.*

#### 05215 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

je Arzt-Patienten-Kontakt 45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01221, 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100 und 05210 bis 05212 berechnungsfähig.*

#### 05220 **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie**, Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten 225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 05210 bis 05212 und 05220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 05220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 05220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 05220.*

*Die Leistung nach der Nr. 05220 ist nur in dem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem Leistungen des Abschnitts 30.7 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 05220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01221, 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01913, 02100, 05310, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350 und 31820 bis 31828 berechnungsfähig.*

#### 05230 **Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes** zur Durchführung der Leistung nach der Nr. 01856 oder 01913, von Anästhesien/Narkosen dieses Kapitels

150 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05230 ist für Partner derselben Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 05230 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01221, 01222, 01410 bis 01413, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 und 02100 berechnungsfähig.*

### 5.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

**05310 Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2***Obligater Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Auswertung ggf. vorhandener Befunde,
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Behandlungsfall

455 Punkte

*Für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 05310 sind die Bestimmungen des Abschnitts 31.2 zu beachten.*

*Die Leistung nach der Nr. 05310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100, 02342, 05220, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751 und 30760 berechnungsfähig.*

**05320 Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis***Obligater Leistungsinhalt*

- Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis,
- Erfolgsnachweis durch fehlende Reaktion des Nervs oder Ganglions,
- Dokumentation mit Angabe des Nerven oder Ganglions

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre Anästhesie

435 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05320 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 05320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02342, 05220, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751 und 30760 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 berechnungsfähig.*

**05330 Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten, zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:**

- Plexusanästhesie  
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität  
und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder

endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

2200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751 und 30760 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 berechnungsfähig.*

**05331 Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose,**

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

635 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751 und 30760 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 berechnungsfähig.*

**05340 Überwachung der Vitalfunktionen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-by),
- Persönliche Anwesenheit des Arztes,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,

- Leistung nach der Nr. 02330,  
je vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

355 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02342, 05220, 05320, 05330, 05331, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751 und 30760 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 berechnungsfähig.*

- 05341 Einleitung und Unterhaltung einer **Analgesie** und/oder Sedierung während eines operativen oder stationersetzenden Eingriffs gemäß § 115b SGB V

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa,
- Intravenöser Zugang und/oder Infusion,
- Pulsoxymetrie,

je vollendete 10 Minuten

355 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 05341 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02340 bis 02342, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751 und 30760 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 berechnungsfähig.*

- 05350 **Beobachtung und Betreuung** eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 05330

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beobachtung und Betreuung für mindestens 2 Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung zur Feststellung der Transport-/Straßenfähigkeit,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02100,
- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,
- Nachinjektion in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Plexus-, Spinal-, oder Periduralkatheter,

je Sitzung

1310 Punkte

*Haben an der Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 05330 mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Leistungen nach den Nrn. 05350 abrechnende Arzt mit der Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass kein anderer Vertragsarzt die Beobachtung und*

*Betreuung abgerechnet hat.*

*Die Leistung nach der Nr. 05350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02340 bis 02342, 05220, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31820 und 32247 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.3 berechnungsfähig.*

## 6 Augenärztliche Leistungen

### 6.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Augenheilkunde berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01731, 01734, 01740 bis 01742, 01758, 01850, 01851, 01853 bis 01855, 01904, 01905, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 31601, 31602, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.5.1, 31.6, 34.2, 34.3, 34.4, 34.5, 34.6, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 6.2 Augenärztliche Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Klinisch-neurologische augenärztliche Basisdiagnostik,
- Bestimmung des Visus,
- Subjektive und objektive Refraktionsbestimmung,
- Bestimmung des Interferenzvisus,

- Untersuchung des Dämmerungssehens,
  - Tonometrische Untersuchung,
  - Gonioskopie,
  - Spaltlampenmikroskopie,
  - Beurteilung des zentralen Fundus,
  - Messung der Hornhautkrümmungsradien,
  - Prüfung der Augenstellung und Beweglichkeit in neun Hauptblickrichtungen,
  - Prüfung der Kopfhaltung bei binokularer Sehanforderung in Ferne und Nähe,
  - Prüfung der Simultanperzeption, Fusion und Steropsis,
  - Prüfung auf Heterophorie und (Pseudo-) Strabismus,
  - Prüfung der Pupillenfunktion,
  - Prüfung des Farbsinns,
  - Prüfung der Tränenwege durch Messung der Sekretionsmenge und Durchgängigkeit,
  - Bestimmung der break-up time,
  - Entnahme von Abstrichmaterial aus dem Bindehautsack,
  - Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen,
  - Kontrolle vorhandener Sehhilfen,
  - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- einmal im Behandlungsfall

06210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	430 Punkte
06211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	375 Punkte
06212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	430 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 06210 bis 06212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 06215 berechnungsfähig.*

#### 06215 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06210 bis 06212 berechnungsfähig.*

06220	<b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten,	
	je vollendete 10 Minuten	225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 06210 bis 06212 und 06220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 06220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 06220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden*

*Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 06220.*

### 6.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

#### 06310 Fortlaufende **Tonometrie**

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Verlaufsbestimmung des Augeninnendrucks durch mindestens 4 tonometrische Untersuchungen an demselben Tag und/oder
- Bestimmung des Abflusswiderstandes mittels fortlaufender Tonometrie

220 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06310 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31716 bis 31731 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31716 bis 31723 berechnungsfähig.*

#### 06312 **Elektrophysiologische Untersuchung**

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Bestimmung visuell evozierter Hirnpotentiale und/oder
- Elektrookulographie und/oder
- Elektroretinographie,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

425 Punkte

#### 06320 **Untersuchung und Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr**

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Quantitative Untersuchung des Binokularsehens,
- Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en) und/oder
- Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Refraktionsbestimmung in Zykloplegie,
- Anpassung einer Prismenbrille,
- Messung der Akkommodationsbreite,
- Durchführung pleoptischer Übungen,
- Durchführung orthoptischer Übungen,
- Okklusionstherapie,

einmal im Behandlungsfall

545 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06320 ist im Behandlungsfall nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 06321 berechnungsfähig.*

**06321 Untersuchung und Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte ab Beginn des 6. Lebensjahres**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Quantitative Untersuchung des Binokularsehens,
- Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en) und/oder
- Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Refraktionsbestimmung in Zykloplegie,
- Anpassung einer Prismenbrille,
- Messung der Akkommodationsbreite,
- Durchführung pleoptischer Übungen,
- Durchführung orthoptischer Übungen,
- Okklusionstherapie,

einmal im Behandlungsfall

460 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 06320 berechnungsfähig.*

**06330 Perimetrie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Rechnerisch gestützte schwellenbestimmende Perimetrie an mindestens 50 Prüforten und/oder
- Indikationsbezogene gleichwertige Perimetrie,
- Dokumentation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Statistische Trendanalyse

355 Punkte

**06331 Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund einschl. Applikation des Teststoffes (Fluoreszein-Natrium oder Indozyanin)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund,
- Applikation des Teststoffes (Fluoreszein-Natrium oder Indozyanin),
- Befundauswertung

1165 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02300 bis 02302 und 06350 bis 06352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 06332 berechnungsfähig.*

**06332 Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer**

chorioidaler Neovaskularisation gemäß der  
Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

*Obligater Leistungsinhalt*

- Fluoreszenzangiographie(n),
- Beurteilung des zentralen Fundus,
- Untersuchung mit der Spaltlampe,
- Aufklärung des Patienten,
- Vorbereitung und Applikation von Verteporfin,
- Berechnung und Einstellung des Areal,
- Laserbeleuchtung,
- Nachbetreuung,
- Lichtschutzmaßnahmen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachfolgende fluoreszenzangiographische Untersuchung(en) bei akuter Visusverschlechterung,
- Tonometrie,

einmal im Behandlungsfall

5500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02300 bis 02302 und 06350 bis 06352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06332 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 06331 berechnungsfähig.*

**06333 Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis

125 Punkte

**06340 Anpassung einer Verbandlinse bei vorliegender Indikation gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung der Tränensekretionsmenge,
- Anpassung einer Verbandlinse für das andere Auge,

einmal im Behandlungsfall

320 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 06350 bis 06352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06340 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31708 bis 31731 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06341 und 06342 berechnungsfähig.*

**06341 Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Refraktionsbestimmung mit der (den) Kontaktlinse(n),
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung der Tränensekretionsmenge,
- Untersuchung der Linse und des Linsensitzes mit Fluorescein,

einmal im Behandlungsfall

1020 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06340 und 06342 berechnungsfähig.*

**06342 Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Kontaktlinse(n)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Refraktionsbestimmung mit der (den) Kontaktlinse(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) der Linse(n) und des Linsensitzes,
- Untersuchung(en) mit Fluorescein,

einmal im Behandlungsfall

190 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06342 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06340 und 06341 berechnungsfähig.*

**06343 Bestimmung und/oder Anpassung von und/oder Einweisung in Fernrohr-, Lupenbrillen oder elektronischen Sehhilfen (z. B. Bildschirmvergrößerung)**

einmal im Behandlungsfall

500 Punkte

**06350 Kleiner operativer Eingriff am Auge I**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Operativer Eingriff am Auge mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Einführung von Verweilsonden in die Tränenwege eines Auges und/oder
- Primäre Wundversorgung am Auge und/oder
- (Peri-)Orbitale operative Entfernung von Warzen oder anderen papillomvirusbedingten Hautveränderungen,

einmal am Behandlungstag

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06351 und 06352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**06351 Kleiner operativer Eingriff am Auge II, primäre Wundversorgung am Auge**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung am Auge und/oder
  - (Peri-)Orbitale Exzision von Haut- oder Schleimhaut und/oder
  - Operative Lösung von Verwachsungen der Bindehaut ohne plastische Deckung und/oder
  - Operation des Flügelfells und/oder
  - Thermo- oder Kryotherapie der Hornhaut und/oder der Bindehaut,
- einmal am Behandlungstag

315 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31321 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 06351 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06350 und 06352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06351 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**06352 Kleiner operativer Eingriff am Auge III sowie primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Entfernung festsitzender Fremdkörper am Auge und/oder
- Operation des evertierten Tränenpünktchens und/oder
- Hintere Sklerotomie und/oder
- Eröffnung, Spülung der vorderen Augenkammer und/oder

- Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst (Chalazion)  
und/oder
- Sondierung des Tränen-Nasenganges bei Säuglingen und Kleinkindern oder Sprengung von Strikturen der Tränenwege, ggf. beidseitig  
und/oder
- Tränensackexstirpation  
und/oder
- Kanthotomie mit plast. Rekonstruktion des äußeren Lidwinkels  
und/oder
- Naht einer Bindehaut- oder einer nicht perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde, ggf. einschließlich Ausschneidung der Wundränder,  
einmal am Behandlungstag

675 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 06352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung nach den Nrn. 31321 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 06352 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06350 und 06351 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 06352 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 7 Chirurgische, kinderchirurgische, plastisch-chirurgische und herzchirurgische Leistungen

### 7.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Kinderchirurgie,
  - Fachärzten für Plastische Chirurgie,
  - Fachärzten für Herzchirurgieberechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen chirurgische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Leistungen nach den Nrn. 13400, 13401, 13402, 13404, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13670, 13664 berechnen. Fachärzte für Kinderchirurgie können darüber hinaus die arztgruppenspezifischen Leistungen nach den Nrn. 26310, 26311 und 26313 berechnen.

4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01710, 01711, 01730, 01733, 01734, 01740, 01750 bis 01753, 01755 bis 01758, 01770, 01772 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01792, 01800 bis 01813, 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01837, 01850, 01851, 01855, 01900 bis 01902, 01904 bis 01906, 01910 bis 01912, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02360 und 02510 bis 02512.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 31601 und 31602, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.5.1, 31.6, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## 7.2 Chirurgische Grundleistungen

### **Ordinationskomplex**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

07210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	300 Punkte
07211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	300 Punkte
07212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	325 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 07210 bis 07212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 07215 berechnungsfähig.*

### 07215 **Konsultationskomplex**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 07215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 07210 bis 07212 berechnungsfähig.*

- 07220 **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**, Dauer mindestens 10 Minuten,  
je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 07210 bis 07212 und 07220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 07220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 07220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 07220.*

### 7.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

- 07310 **Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder von (einer) Skelettanomalie(n) bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

einmal im Behandlungsfall

555 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 07310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02350 und 02511 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07310 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07310 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 02310 bis 02312, 02340, 02341, 02360, 07311, 07320, 07330 und 07340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

**07311 Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen.**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Frakturen,
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 07311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02350 und 02511 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07311 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310 bis 02312, 02340, 02341, 02360, 07310, 07320, 07330 und 07340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07311 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

**07320 Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischen Erkrankungen und/oder Eingriffen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischen Erkrankungen und/oder Eingriffen  
und/oder

- Einleitung/Koordinierung interdisziplinärer Diagnostik und/oder Therapie
- und/oder
- wiederholte eingehende symptombezogene Untersuchung,
- mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Manuelle Reposition(en) von Hernien, eines Darmprolaps und/oder eines Anus praeter-Prolaps,
- Wundbehandlungen,

einmal im Behandlungsfall

385 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 07320 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02511 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07320 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 und 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02340, 02341, 02360, 07310, 07311, 07330 und 07340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07320 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

**07330 Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand***Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfanges,
- Erstellung eines Behandlungsplanes,
- und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes
- und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes
- und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 07330 ist nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und von Fachärzten für Chirurgie nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07330 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320 und 07340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

**07340 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n),  
Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen  
Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen  
Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)**

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

einmal im Behandlungsfall

710 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 07340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07340 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310 bis 02313, 02340, 02341, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320 und 07330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 07340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 8 Frauenärztliche Leistungen, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin

### 8.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen frauenärztliche Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Leistung nach der Nr. 19331 berechnen.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 31601 und 31602, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 31.2, 31.3, 31.5.1, 31.6, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 8.2 Frauenärztliche Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Untersuchung und Behandlung der Harninkontinenz,
- Sterilitätsbehandlung mittels Gonadotropinstimulation und/oder Antiöstrogenen,
- Diagnostik und Behandlung einer Patientin mit einer morphologischen

Veränderung einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion	
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen, einmal im Behandlungsfall	
08210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	240 Punkte
08211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	265 Punkte
08212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	310 Punkte
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 08210 bis 08212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 08215 berechnungsfähig.</i>	

**08215 Konsultationskomplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08215 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 08210 bis 08212 berechnungsfähig.*

08220 <b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten	225 Punkte
--	------------

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 08210  
bis 08212 und 08220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens  
20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr.  
08220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer  
Leistungen und der Leistung nach der Nr. 08220 ist eine mindestens 10  
Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden  
Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung  
nach der Nr. 08220.*

### 8.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

**08310 Apparative Untersuchung einer Patientin mit Harninkontinenz***Obligater Leistungsinhalt*

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,
- Messung des Abdominaldruckes,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 08311,
- Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung,
- Physikalische Funktionstests,

einmal im Behandlungsfall

1445 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08311, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

**08311 Urethro(-zysto)skopie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Urethro(-zysto)skopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung
- Probeexzision(en)
- Schlitzung des/der Harnleisterostiums/-ostien
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

725 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 08310 berechnungsfähig.*

**08320 Stanzbiopsie(n) der Mamma unter Ultraschallsicht**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Stanzbiopsie(n) der Mamma,
- Lokalanästhesie,
- Leistung nach der Nr. 33041,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 33091

je Seite

1115 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 08320 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 08320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341, 33041, 33091 und 33092 berechnungsfähig.*

**08330 Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines Ringes oder Pessars, intrauterin oder vaginal, wegen einer Krankheit**

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Lokalanästhesie

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830 und 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

- 08331 **Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums**, wegen einer Krankheit 165 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 08331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830 bis 01832, 02300 bis 02302, 02340 und 02341 berechnungsfähig.*
- 08332 **Vaginoskopie bei einem Kind oder bei erwachsenen Patientinnen mit Vaginalstenose** 190 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 08332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*
- 08340 **Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle**  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle,  
 - Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung 205 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 08340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*
- 08341 **Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung**  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit,  
 - Bilddokumentation,  
 - Sonographische Untersuchung,  
 einmal im Behandlungsfall 285 Punkte  
*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 08341 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*  
*Die Leistung nach der Nr. 08341 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 33042, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 08341 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33091 und 33092 berechnungsfähig.*

## 8.4 Geburtshilfe

- 08410 **Verweilen im Gebärraum** ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Betreuung einer Geburt erforderlich,  
 je vollendete 30 Minuten 620 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 08410 ist nur bei belegärztlicher Behandlung berechnungsfähig.*
- 08411 **Betreuung und Leitung einer Geburt**  
*Obligater Leistungsinhalt*  
 - Erst- und Folgeuntersuchungen der Gebärenden,

- Abschlussuntersuchung nach beendeter Geburt

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kardiotokographische Leistungen während der Geburt,
- Blutentnahmen beim Feten unter der Geburt,
- Lösung des Eipols,
- Dehnung des Muttermundes,
- Intrazervikale Prostaglandinapplikation,
- Eröffnung der Fruchtblase,
- Naht eines oder mehrerer Zervixrisse(s),
- Naht von Scheidenrissen,
- Naht von Dammrissen,
- Episiotomie,
- Naht einer Episiotomie

3315 Punkte

- 08412 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 08411 bei Leitung und Betreuung einer **komplizierten Geburt**

*Obligater Leistungsinhalt*

- bei Beckenendlage und/oder Mehrlingsschwangerschaft und/oder
- bei Vakuum-Extraktion und/oder bei Entbindung durch Forceps

1345 Punkte

- 08413 **Äußere Wendung,**

je Sitzung

710 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08413 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 08414 berechnungsfähig.*

- 08414 **Innere oder kombinierte Wendung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Innere Wendung,
- In Anästhesie und/oder
- Operationsbereitschaft

1065 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08414 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 08413 berechnungsfähig.*

- 08415 **Zuschlag** zur Leistung nach der Nr. 08411 bei Leitung und Betreuung einer Geburt **bei Schnittentbindung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnittentbindung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Eingriffe an den Adnexen,
- Instrumentelle Dilatation der Zervix,
- Entfernung der Nachgeburt,
- Entfernung von Nachgeburtsresten

1790 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08415 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 08416 berechnungsfähig.*

**08416 Zuschlag** zur Leistung nach der Nr. 08411 für die **Entfernung der Nachgeburt***Obligater Leistungsinhalt*

- Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff,
- Entfernung von Nachgeburtsresten durch inneren Eingriff

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abrasio

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08416 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 08415 berechnungsfähig.*

**8.5 Reproduktionsmedizin**

1. Die Leistungen nach den Nrn. 08520, 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 sind für zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig, die eine Genehmigung gemäß § 121 a SGB V nachweisen können.
2. Die Leistung nach der Nr. 08521 ist nur für Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, sowie von solchen anderen Ärzten berechnungsfähig, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen. Darüber hinaus ist für die Berechnung der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Ferner ist die Leistung nach der Nr. 08521 nicht von dem Arzt berechnungsfähig, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.
3. Die Leistung nach der Nr. 08530 ist nur von solchen Ärzten berechnungsfähig, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind.
4. Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 08531, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 setzt eine Genehmigung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung voraus.
5. Die Leistungen nach den Nrn. 08570, 08571, 08572, 08573 und 08574 sind nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Humangenetik und/oder von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
6. Der Zyklusfall umfasst den 1. bis 28. Zyklustag für Patientinnen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) bzw. vom 1. Stimulationstag bis 14 Tage nach der Eizellentnahme für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus.
7. Der Reproduktionsfall umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle.
8. Die in den Richtlinien über künstliche Befruchtung angegebene Höchstzahl abrechnungsfähiger Zyklen ist bei der Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 08530, 08531, 08541, 08550 und 08560 verbindlich. Für die Leistung nach der Nr. 08521 ist die Krankenkasse der Ehefrau, für die Leistungen nach den Nr. 08520, 08540, 08570, 08571, 08572, 08573 und 08574 die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig.
9. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, können neben der Leistung nach der Nr. 08540 im Behandlungsfall nur die Leistungen nach den Nrn. 01102, 08211,

08215, 08220 und 08520 und den HIV-Antikörpernachweis auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechtigt sind, können zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 08570, 08571, 08572 und 08573 berechnen.

10. In den Leistungen nach den Nrn. 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach 12.1, 12.2, 12.6 und 16. der Richtlinien über künstliche Befruchtung und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel und Kostenpauschalen des Kapitel 40.
11. Die Leistungen nach den Nrn. 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 und deren Leistungsbestandteile können im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.
12. Die Leistungen nach den Nrn. 08550, 08551, 08560 und 08561 sind nicht berechnungsfähig, wenn zur Eizellgewinnung ein stationärer Aufenthalt von mehr als zwei Tagen Dauer erfolgt.
13. Gemäß § 27a SGB V ist vor Beginn der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die gemäß Behandlungsplan im Zusammenhang mit Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erbrachten Leistungen sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.

- |       |  |            |
|-------|--|------------|
| 08510 | <b>Erstellung eines Behandlungsplans</b> gemäß § 27a Abs. 3 SGB V  | 180 Punkte |
|       | <i>Die Leistung nach der Nr. 08510 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>   |            |
| 08520 | <b>Beratung des Ehepaares</b> gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,<br>einmal im Reproduktionsfall   | 220 Punkte |
|       | <i>Die Leistung nach der Nr. 08520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>   |            |
| 08521 | <b>Beratung des Ehepaares</b> gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung <b>einschließlich</b> einer <b>Bescheinigung</b> nach Nr. 15,<br>einmal im Reproduktionsfall                              | 300 Punkte |
|       | <i>Die Leistung nach der Nr. 08521 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 35100 und 35110 berechnungsfähig.</i>   |            |
|       | <i>Die Leistung nach der Nr. 08521 ist im Reproduktionsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08530 berechnungsfähig.</i>  |            |
| 08530 | <b>Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus, ohne Polyovulation</b> (3 oder mehr Follikel) gemäß Nr. 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. einschl. |            |

- Ovulationstiming,**  
einmal im Zyklusfall 250 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 08530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 08530 ist im Reproduktionsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08521 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 08530 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08531 berechnungsfähig.*
- 08531 **Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation** (3 oder mehr Follikel) gemäß Nr. 10.2 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. einschl. **Ovulationstiming,**  
einmal im Zyklusfall 450 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 08531 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 08531 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08530 berechnungsfähig.*
- 08540 **Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas** gemäß Nr. 12.2 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, **Aufbereitung** und **Kapazitation,** ggf. einschl. **laboratoriumsmedizinischer** Untersuchung(en) 450 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 08540 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 32190 berechnungsfähig.*
- 08541 **Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme** gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. **Zusammenführung von Ei- und Samenzellen, mikroskopischer** Beurteilung der **Reifestadien** der **Eizellen** (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der **Eizellkultur** (bei Maßnahmen nach Nr. 10.3 und 10.5), ggf. einschl. **intratubarer Transfer** bei Maßnahmen nach Nr. 10.4,  
einmal im Zyklusfall 1400 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 08541 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 08541 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.*
- 08542 **Zuschlag** zu der Leistung nach der **Nr. 08541** bei **ambulanter Durchführung** 1200 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 08542 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

- 08550 **In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)** gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2. und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter,

einmal im Zyklusfall

20375 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08550 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08530 und 08531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08550 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08551, 08552, 08560, 08561, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

- 08551 **Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF)** entsprechend der Leistung nach der Nr. 08550 bis zum **Ausbleiben der Zellteilung,**

einmal im Zyklusfall

17375 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08551 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08530 und 08531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08551 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550, 08552, 08560, 08561, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

- 08552 **Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF)** entsprechend der Leistung nach der Nr. 08550 bis frühestens 2 Tage vor der geplanten Follikelpunktion, **vom 1. Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs,**

einmal im Zyklusfall

4625 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08552 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08530 und 08531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08552 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550, 08551, 08560, 08561, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

- 08560 **In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)** gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für

Nährmedien und Transferkatheter,  
einmal im Zyklusfall

27505 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08560 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08530 und 08531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08560 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08561, 33042 bis 33044, 33081, 33090 bis 33092, 34260 und 34270 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

08561 **Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Leistung nach der Nr. 08560 bis zum Ausbleiben der Zellteilung,**  
einmal im Zyklusfall

24505 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08561 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08530 und 08531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08561 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

08570 **Humangenetische Abklärung** gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung eines **Verdachts** auf **genetisches** und/oder **teratogenes Risiko** mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten einschl. einer detaillierten Analyse des Stammbaums und abschließender Beratung, ggf. in mehreren Sitzungen. Abfassung einer schriftlichen wissenschaftlich begründeten humangenetischen Stellungnahme, im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,  
einmal im Reproduktionsfall

295 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08570 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08570 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01835 bis 01838, 08571 und 08572 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08570 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232 berechnungsfähig.*

08571 **Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten** auf der Grundlage **zugesandter schriftlicher Befundunterlagen** und ggf. zugesandter Bilddokumente und/oder auf der Grundlage von Ergebnissen **zyto- und/oder molekulargenetischer** Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,

einmal im Reproduktionsfall

585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08571 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08571 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01835 bis 01838, 08570, 08572, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08571 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11230 bis 11232 und 11310 berechnungsfähig.*

- 08572 **Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang** mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei **evidentem genetischen** und/oder **teratogenen** Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten und detaillierter Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschl. körperlicher Untersuchung. Quantifizierung des Risikos durch Einbeziehung der Ergebnisse **weitergehender** (z. B. zyto- und/oder molekulargenetischer) **Untersuchungen** und/oder durch **Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten**. Abfassung eines **wissenschaftlich begründeten humangenetischen Gutachtens**, ggf. einschl. einer zusätzlichen schriftlichen **Zusammenfassung** für den oder die Begutachtete(n),

einmal im Reproduktionsfall

2395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08572 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08572 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01835 bis 01837, 08570, 08571 und 11230 bis 11232 berechnungsfähig.*

- 08573 **Chromosomenanalyse aus Lymphozyten** einschl. **vorangegangener Kultivierung** im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,

einmal im Reproduktionsfall

3345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08573 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01602 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08573 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01790 bis 01793, 01835 bis 01838, 11231, 11310, 11311, 32850 und 32851 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 08573 ist im Krankheitsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 32857 berechnungsfähig.*

- 08574 **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 08573 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch**

**Anwendung besonderer Techniken***Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen und/oder
- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung und/oder
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Fotographische Dokumentation, je angewendetes Färbeverfahren oder je untersuchter Zielsequenz (je Sonde)

1075 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 08574 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

## 9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Leistungen

### 9.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01731, 01734, 01740, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02350, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30800, 31601 und 31602, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.4, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.5.1, 31.6, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 9.2 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Endoskopische organbezogene Untersuchung(en),
- Ohrmikroskopie,
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung,
- Prüfung der Labyrinth auf Spontan-, Provokations-, Lage-, Lageänderungs- und Blickrichtungsnystagmus, ein- und/oder beidseitig,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

09210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	500 Punkte
09211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	375 Punkte
09212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	400 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 09210 bis 09212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 09215 berechnungsfähig.*

**09215 Konsultationskomplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09210 bis 09212 berechnungsfähig.*

**09220 Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten,**

je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 09210 bis 09212 und 09220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 09220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 09220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 09220.*

**9.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen****09310 Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes**

365 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.*

**09311 Lupenlaryngoskopie***Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Lupenlaryngoskop

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung der oberen Trachea

190 Punkte

**09312 Schwebe- oder Stützlaryngoskopie***Obligater Leistungsinhalt*

- Schwebe- oder Stützlaryngoskopie in Narkose

445 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09313 und 09314 berechnungsfähig.*

**09313 Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum 5. Lebensjahr***Obligater Leistungsinhalt*

- Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop

und/oder

- Direkte Laryngoskopie mittels Operationsmikroskop

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 09312

495 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09313 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09312 berechnungsfähig.*

#### 09314 **Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Stimmlippenstroboskopie,
- Schriftliche Auswertung,
- Dokumentation

215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09314 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09312 berechnungsfähig.*

#### 09315 **Bronchoskopie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

2560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09315 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02360 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.*

#### 09316 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 09315 für

- Fremdkörperentfernung

und/oder

- Blutstillung

und/oder

- Perbronchiale Biopsie

und/oder

- Sondierung von peripheren Rundherden

und/oder

- Broncho-alveoläre Lavage

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 34240 und/oder Nr. 34241

590 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 09316 setzt eine*

*Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 09316 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02360, 09360 bis 09362, 34240 und 34241 berechnungsfähig.*

### 09317 Ösophagoskopie

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Bougierung des Ösophagus,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision,
- Probepunktion,
- Fremdkörperentfernung(en)

865 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09317 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02360 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.*

### 09320 Tonschwellenaudiometrische Untersuchung

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Vertäubung,
- Bestimmung der Intensitätsbreite

395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09320 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlicher Kalibrierung durch einen zugelassenen Wartungsdienst. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.*

*Audiometrische Untersuchungen ohne Kopfhörer haben in einem - nach DIN ISO 8253-1 - schallisolierten Raum zu erfolgen.*

*Die Leistung nach der Nr. 09320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09340 berechnungsfähig.*

### 09321 Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 09320 für die sprachaudiometrische(n) Bestimmung(en) des Hörvermögens

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer
  - Sprachaudiometrie nach vorausgegangener Leistung nach der Nr. 09320
- und/oder
- Hörfeldskalierungen (mindestens 4 Frequenzen)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überschwellige audiometrische Untersuchungen (z. B. Bestimmung der Tinnitus-Verdeckungs-Kurve, SISI-Test, Lüscher-Test, Langenbeck-Geräuschaudiogramm),
- Störgeräusch(e),
- Messung im freien Schallfeld,
- Benutzung von Hörhilfen

400 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09340 berechnungsfähig.*

**09322 Zuschlag** zur Leistung nach der Nr. 09320 für die Durchführung einer **Kinderaudiometrie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kinderaudiometrie beim Säugling, Kleinkind oder Kind,
- Unter Anwendung kindgerechter Hilfen,
- Unter Anwendung einer kinderaudiometrischen Einrichtung

85 Punkte

**09323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln** mittels Impedanzmessung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- mindestens vier Prüfsequenzen,
- ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- ein- und/oder beidseitig

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung des Reflexdecay

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09323 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09324 berechnungsfähig.*

**09324 Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung** mittels **Messung(en) otoakustischer Emissionen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Messung(en) otoakustischer Emissionen, einschließlich Tympanometrie

325 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 09324 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 09324 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09323 und 09327 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09324 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09340 berechnungsfähig.*

**09325 Prüfung der Labyrinth mit elektronystagmographischer Aufzeichnung mittels ENG/VNG**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchungen(en) ein- und/oder beidseitig,
- Elektronystagmographische Aufzeichnung mittels ENG/VNG 705 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09325 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09327 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09325 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09340 berechnungsfähig.*

**09326 Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (CERA) 805 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09326 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09327 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09326 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09340 berechnungsfähig.*

**09327 Hörschwellenbestimmung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA, CERA, MMN),
- Sedierung oder Schlaflösung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 09324,
- Leistung nach der Nr. 09325 1265 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09327 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09324 bis 09326 berechnungsfähig.*

**09330 Untersuchung der Stimme**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Phonationsdauer,
- Erfassung psychovegetativer Stigmata,
- Dauer mindestens 20 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,

- Differenzierende Beurteilung(en) von
  - Stimmqualität,
  - Stimmleistung,
  - Sprechstimmlage,
  - Stimmumfang,
  - Stimmintensität,
  - Stimmeinsatz,
  - Stimmresonanz

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke,
- Leistung(en) nach der Nr. 09331

525 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09332 und 09333 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09331 berechnungsfähig.*

**09331 Untersuchung des Sprechens und der Sprache**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Prüfung(en)
  - der Sprachentwicklung,
  - des aktiven und des passiven Wortschatzes,
  - der Grammatik und Syntax,
  - der Artikulationsleistungen,
  - der prosodischen Faktoren,
  - des Redeflusses,
  - des Sprachverständnisses,
  - der zentralen Sprachverarbeitung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s),
- Leistung(en) nach der Nr. 09330

785 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09331 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09332 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 09330 berechnungsfähig.*

**09332 Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/der Dysphagie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Eingehende Untersuchung auf
  - Aphasie  
und/oder
  - Dysarthrie  
und/oder
  - Dysphagie,
- Anwendung standardisierter Verfahren

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- In mehreren Sitzungen

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09330 und 09331 berechnungsfähig.*

**09333 Stimmfeldmessung***Obligater Leistungsinhalt*

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB,
- Messung von Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme,
- Graphische Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke

160 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09333 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 09330 berechnungsfähig.*

**09340 Hörgeräteanpassungs- und Gebrauchsschulung bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen***Obligater Leistungsinhalt*

- Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung von Hörhilfen, in einem schallisolierten Raum,
- Hörgeräteanpassung- und Gebrauchsschulung,
- Untersuchung(en) ein und/oder beidseitig,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 09320,
- Leistung nach der Nr. 09324,
- Leistung nach der Nr. 09325,
- Leistung nach der Nr. 09326,
- Hörgeräteakupplermessung(en),
- in-situ-Messung(en),
- Messung(en) mit Störgeräusch,
- Erörterung mit dem Hörgeräteakustiker,

je Sitzung

900 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09340 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 09320, 09321 und 09324 bis 09326 berechnungsfähig.*

**09350 Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese***Obligater Leistungsinhalt*

- Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese,
- Absaugung

335 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.*

**09351 Anlage einer Paukenhöhlendrainage***Obligater Leistungsinhalt*

- Anlage einer Paukenhöhlendrainage,
- Inzision des Trommelfells,
- Entleerung der Paukenhöhle,
- Einlegen eines Verweilröhrchens

höchstens zweimal am Behandlungstag

450 Punkte

**09360 Kleiner operativer Eingriff im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich I***Obligater Leistungsinhalt*

Operativer Eingriff mit einer Dauer bis zu 5 Minuten im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich,

einmal am Behandlungstag

155 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09360 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 09310, 09315 bis 09317 und 09350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**09361 Kleiner operativer Eingriff im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich II, primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich***Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung und/oder
- Entfernung festsitzender Fremdkörper aus dem Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder
- Eröffnung eines Abszesses ohne Eröffnung einer Körperhöhle (auch Furunkel, Karbunkel) im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder
- Punktion einer Kieferhöhle und/oder
- Parazentese und/oder
- Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle und/oder
- (Wieder-) Eröffnung eines peritonsillären Abszesses und/oder
- Sondierung und/oder Bougierung einer Stirnhöhle vom Naseninnern aus und/oder
- Keilexzision aus der Zunge, und/oder
- Aufrichtung und/oder Schienung des Trommelfells bei frischer

## Verletzung

einmal am Behandlungstag

345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09361 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 09361 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 09310, 09315 bis 09317 und 09350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09361 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**09362 Kleiner operativer Eingriff im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich III, primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich  
und/oder
- Entfernung von Speichelsteinen mit Gangschlitzung  
und/oder
- Anbohrung einer Stirnhöhle von außen  
und/oder
- (Wieder-)Eröffnung eines retrotonsillären Abszesses  
und/oder
- Entfernung von Polypen aus der Paukenhöhle  
und/oder
- Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf  
und/oder
- Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung,

einmal am Behandlungstag

585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 09362 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 09362 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 09310, 09315 bis 09317 und 09350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 09362 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 10 Hautärztliche Leistungen

### 10.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen hautärztliche Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01110, 01220 bis 01222, 01430, 01610, 01611, 01620, 01621, 01700, 01701, 01790 bis 01793, 01835 bis 01839, 02100, 02200, 02300 und 02330.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Leistungen des Kapitels 32.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 19310 bis 19312 und 19320 berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens zweijährige dermatohistologische Weiterbildung nachweisen können.
6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 10.2 Hautärztliche Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Diagnostische Prokto-/Rektoskopie,
- Kapillarmikroskopische Untersuchung(en),
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

- 10210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr  
 10211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

230 Punkte  
 230 Punkte

10212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres 230 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 10210 bis 10212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 10215 berechnungsfähig.*

**10215 Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 10215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 10210 bis 10212 berechnungsfähig.*

**10220 Dermatologische Beratung, Erörterung und/oder dermatologische Abklärung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 10 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung von Patienten mit chronischen und großflächigen Erkrankungen der Haut und/oder der Hautanhangsgebilde und/oder
- Beratung von Patienten mit malignen Hauttumoren und systemischen Malignomen mit Hautbeteiligung und/oder
- Beratung von Patienten mit laboratoriumsmedizinisch und/oder histologisch gesicherter Autoimmunkrankheit mit Beteiligung der Haut und/oder der Hautanhangsgebilde und/oder
- Beratung von Patienten mit sexuell übertragbaren Krankheiten,  
je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 10210 bis 10212 und 10220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 10220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 10220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 10220.*

### 10.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

**10310 Bestimmung der Erythemschwelle**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung der Erythemschwelle,
- Überprüfung(en) der lokalen Hautreaktion(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachkontroll(en) 200 Punkte

### 10320 **Behandlung von Naevi flammei**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm<sup>2</sup> je einmal 500 Punkte

*Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig.*

*Beträgt die insgesamt für die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer Praxis (Arzt Nummer) mehr als 200.000 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 jeweils um 150 Punkte gemindert.*

*Die Leistung nach der Nr. 10320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 10320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 10324 und 10330 berechnungsfähig.*

### 10322 **Behandlung von Hämangiomen**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm<sup>2</sup> je einmal 410 Punkte

*Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig.*

*Beträgt die insgesamt für die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer Praxis (Arzt Nummer) mehr als 200.000 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 jeweils um 150 Punkte gemindert.*

*Die Leistung nach der Nr. 10322 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 10322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 10324 und 10330 berechnungsfähig.*

#### **10324 Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Therapie mittels Laser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm<sup>2</sup> je einmal

400 Punkte

*Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig.*

*Beträgt die insgesamt für die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer Praxis (Arztnummer) mehr als 200.000 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 jeweils um 150 Punkte gemindert.*

*Die Leistung nach der Nr. 10324 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 10324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10330 berechnungsfähig.*

#### **10330 Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Behandlung
  - einer offenen Wunde und/oder
  - einer Verbrennung und/oder
  - einer septischen Wundheilungsstörung,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abtragung von Nekrosen,
- Wunddebridement,
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes,
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,
- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,

einmal im Behandlungsfall

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 10330 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02313 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 10330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310 bis 02312, 02323, 02340, 02341, 02350, 02360, 10320, 10322 und 10324 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 10330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 11 Humangenetische Leistungen

### 11.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Humangenetik,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik,
  - Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels 11 erbringen und über eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels verfügen,berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01110, 01430, 01610, 01611, 01620, 01621, 01700, 01701, 01710, 01783, 01790 bis 01792, 01800 bis 01813, 01828, 01829, 01838, 01839, 02100, 02200, 02300, 02330, 02400 und 02401.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Leistungen des Kapitels 32.
4. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Leistungen nach den Nrn. 08570, 08571, 08572 und 08573 berechnen.
5. Leistungen dieses Kapitels, die im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01792 und 01793, 01835 bis 01838 und 08570, 08571, 08572 und 08573 erbracht werden, sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
6. Die in dem Abschnitt 11.3 genannten Leistungen sind je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) je Quartal nur bis zu einer begrenzten fallzahlabhängigen Gesamtpunktzahl berechnungsfähig. Die Höhe dieser fallzahlabhängigen Gesamtpunktzahl ergibt sich aus dem Produkt der Zahl der kurativ-ambulanten Fälle, in denen mindestens eine Leistung dieses Abschnitts berechnet wurde, und einer Fallpunktzahl von 7800 Punkten.
7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 11.2 Humangenetische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung bis zu 10 Minuten Dauer,

- Klärung der genetischen Fragestellung,
- Humangenetische Eigenanamnese,
- Humangenetische Familienanamnese,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

11210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	160 Punkte
11211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	160 Punkte
11212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	160 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 11210 bis 11212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 11215 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 11210 bis 11212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

#### 11215 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 11210 bis 11212 berechnungsfähig.*

#### 11220 **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung,**

je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 11210 bis 11212 und 11220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 11220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 11220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 11220.*

#### 11230 **Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),

einmal im Krankheitsfall

295 Punkte

*Die ausschließliche Befundmitteilung über die Inhalte der Untersuchungen der Leistungen nach den Nrn. 01793, 01838, 08573, 11310 bis 11312 sowie 11320 bis 11322 ist nicht nach der Leistung*

nach der Nr. 11230 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 11230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08572 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 11230 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01792, 01835 bis 01837, 08570, 08571, 11231 und 11232 berechnungsfähig.

**11231 Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter Befunde**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und ggf. zugesandter Bilddokumente,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schriftliche Zusammenfassung für den/die Begutachtete(n),  
einmal im Krankheitsfall

585 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 11231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08572 und 08573 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 11231 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01793, 01835 bis 01838, 08570, 08571, 11230, 11232, 11310 bis 11312, 11320 bis 11322, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.

**11232 Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos,
- Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten,
- Detaillierte Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten und/oder
  - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n),
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Krankheitsfall

2395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11232 ist im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11232 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08572 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11232 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01790 bis 01792, 01835 bis 01837, 08570, 08571, 11230 und 11231 berechnungsfähig.*

### 11.3 Diagnostische Leistungen

#### 11310 **Chromosomenanalyse** aus Zellen des **hämatopoetischen Systems**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Vorangegangene Kultivierung,
- X-Chromatin-Bestimmung und/oder Y-Chromatin-Bestimmung,

je Untersuchung

3345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11310 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01793, 01836, 01838, 08571, 11231, 11311, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

#### 11311 **Chromosomenanalyse** aus **Fibroblasten**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenanalyse aus Fibroblasten,
- Vorangegangene Kultivierung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- X-Chromatin-Bestimmung und/oder Y-Chromatin-Bestimmung,

je Untersuchung

3815 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08571 und 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11311 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01793, 01836, 01838, 11231, 11310, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

#### 11312 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den **Nrn. 11310** und **11311** für die **spezielle Darstellung** der Strukturen einzelner Chromosomen durch die Anwendung **besonderer Techniken**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen und/oder

- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung und/oder
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Fotographische Dokumentation,

je angewendetes Färbeverfahren oder je untersuchter Zielsequenz (je Sonde)

1075 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11312 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 01839 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11312 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

**11320 Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung menschlicher DNA**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Hybridisierung menschlicher DNA mit markierten Sonden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Extraktion menschlicher DNA aus Zellen oder Gewebeproben,
- Spaltung menschlicher DNA mittels eines Restriktionsenzym,
- Southern-Transfer mit anschließender qualitativer Auswertung mittels Autoradiographie oder nicht-radioaktiver Verfahren,
- Auswertung der erhobenen Befunde,

je Sonde

715 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11320 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

**11321 Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Amplifikation menschlicher DNA mittels Polymerase-Kettenreaktion**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Amplifikation menschlicher DNA mittels Polymerase-Kettenreaktion,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Extraktion menschlicher DNA aus Zellen oder Gewebeproben,
- Spaltung menschlicher DNA mittels eines Restriktionsenzym,
- Elektrophoretische Auftrennung und qualitative Auswertung,
- Auswertung der erhobenen Befunde,

- Elektrophoretische Auftrennung und qualitative Auswertung,  
je unterschiedlicher Zielsequenz (Primerpaar)

575 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11321 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

**11322 Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sequenzierung menschlicher DNA zum Nachweis von Punktmutationen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Extraktion menschlicher DNA aus Zellen oder Gewebeproben,
- Spaltung menschlicher DNA mittels eines Restriktionsenzym,
- Auswertung der erhobenen Befunde,

je Ansatz

2575 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 11322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 11322 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 32850 bis 32852 und 32855 bis 32857 berechnungsfähig.*

## 12 Laboratoriumsmedizinische Leistungen

### 12.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Laboratoriumsmedizin,
  - Fachärzten für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie,
  - Fachärzten für Transfusionsmedizin,
  - Ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin,
  - Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des Kapitels 32 erbringen und ggf. über eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen des Speziallabors nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen,
 berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01710, 01731, 01732, 01734, 01740 bis 01742, 01820, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500, 02501 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 31.3, 31.6, 34.2, 34.5, 34.6, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 12.2 Laboratoriumsmedizinische Grundleistungen

**Grundpauschale** für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin **bei Probeneinsendung**,

je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32

12220	für bis zu 6000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistungen des Kapitels 32	65 Punkte
12221	für den 6001. bis 12000. Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32	10 Punkte

- 12222 für den 12001. und jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 2 Punkte
- Bei Gemeinschaftspraxen ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschalen nach den Nrn. , 12220 bis 12222, 12225 und 12226 je beteiligten Arzt anzuwenden.*
- Bei Gemeinschaftspraxen zwischen den in den Nrn. , 12220 bis 12222, 12225 und 12226 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach den Nrn. 12220 bis 12222 anzuwenden.*
- Die Leistungen nach den Nrn. 12220 bis 12222 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01700, 01701, 32000 und 32001 berechnungsfähig.*
- Grundpauschale** für Vertragsärzte aus nicht in den Nrn. 12220 bis 12222 aufgeführten Arztgruppen **bei Probeneinsendung**, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32
- 12225 für bis zu 12000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 15 Punkte
- 12226 für den 12001. und jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels 32 3 Punkte
- Bei Gemeinschaftspraxen ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschalen nach den Nrn. , 12220 bis 12222, 12225 und 12226 je beteiligten Arzt anzuwenden.*
- Bei Gemeinschaftspraxen zwischen den in den Nrn. , 12220 bis 12222, 12225 und 12226 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach den Nrn. 12220 bis 12222 anzuwenden.*
- Die Leistungen nach den Nrn. 12225 und 12226 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 01700, 01701, 32000 und 32001 berechnungsfähig.*
- 12210 **Konsiliarkomplex**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen von Auftragsleistungen des Kapitels 32,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Entnahme von Körpermaterial für Laboratoriumsuntersuchungen, einmal im Behandlungsfall 195 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 12210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

## 13 Leistungen der Inneren Medizin

### 13.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen internistische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels nicht mehr berechnen.
3. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt können in diesem Kapitel neben Leistungen des Abschnitts 13.2.1 entweder nur die Leistungen ihres jeweiligen Schwerpunktes in den Abschnitten 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 oder die Leistung nach Nr. 13250 oder die Leistungen nach den Nrn. 13400, 13402, 13421, 13422 oder 13423 berechnen. Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 13421 und 13422 durch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt setzt eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Ausgenommen hiervon sind Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie.
4. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt können in diesem Kapitel neben Leistungen des Abschnitts 13.2.1 die Leistung nach der Nr. 13250 sowie zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 13400, 13402, 13421, 13422 oder 13423 berechnen. Bei einer in Art und Umfang definierten Überweisung können Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Behandlungsfall anstelle der Leistung nach der Nr. 13250 die Leistungen des Unterabschnitts 13.2.2.3 berechnen.
5. Erfolgt eine in Art und Umfang definierte Überweisung zu einer in der Leistung nach der Nr. 13250 oder der Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 enthaltenen Teilleistungen, so können Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt im Behandlungsfall anstelle der Komplexleistung die entsprechenden Leistungen des Unterabschnitts 13.2.2.3 oder die entsprechenden Leistungen der Bereiche II und IV berechnen.
6. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01710, 01731, 01732, 01734, 01740 bis 01742, 01820, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500, 02501 und 02510 bis 02512.
7. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der

Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 31.3, 31.6, 34.2, 34.5, 34.6, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.

8. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 6 und 7 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## 13.2 Leistungen der allgemeinen internistischen Grundversorgung

### 13.2.1 Internistische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Elektrokardiographische Untersuchung(en) mit mindestens 12 Ableitungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	195 Punkte
13211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	260 Punkte
13212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	270 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 13210 bis 13212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 13215 berechnungsfähig.*

#### 13215 **Konsultationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13210 bis 13212, 13610 bis 13612, 13620 und 13621 berechnungsfähig.*

13220	<b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten	225 Punkte
-------	---	------------

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 13210*

bis 13212 und 13220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13220.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 13220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13220.

## 13.2.2 Allgemeine internistische Leistungen

### 13.2.2.1 Präambel

1. Die Leistungen dieses Unterabschnittes können von allen Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt berechnet werden, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende qualifikationsgebundene Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 und 30800, sowie Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte: 30.1, 30.3, 30.5, 30.8.1, 30.9, 31alt, 32, 33, 34, 35.

### 13.2.2.2 Allgemeine diagnostisch-internistische Leistungen

#### 13250 Fachinternistischer Basiskomplex

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Ganzkörperstatus  
und/oder
- Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe und nach Belastung (Belastungs-EKG) mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes mit wiederholter Blutdruckmessung  
und/oder
- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer und computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer  
und/oder
- Langzeitblutdruckmessung mit
  - Automatisierter Aufzeichnung,
  - Computergestützter Auswertung,
  - Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
  - Auswertung und Beurteilung des Befundes  
und/oder
- Spirographische Untersuchung mit
  - Darstellung der Flussvolumenkurve,
  - In- und expiratorische Messungen,
  - Graphischer Registrierung  
und/oder

- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status
  - in Ruhe und/oder bei Belastung und/oder
  - zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie
- und/oder
- Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex mit
  - Rektoskopie,
  - Patientenaufklärung in angemessenem Abstand zur Untersuchung,
  - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
  - Nachbeobachtung und -betreuung
- und/oder
- Allergologische Basisdiagnostik
  - Allergologische Anamnese,
  - Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik,
- Prämedikation/Sedierung,
- Proktoskopie,
- Rektale Palpation,

einmal im Behandlungsfall

405 Punkte

*Die Erbringung von Langzeit-EKG-Untersuchungen setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13250 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13401, 13410 bis 13412, 13420, 13430, 13431, 30110, 30111, 30120 bis 30123 und 30600 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13.2.2.3 Weitere nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Leistungen

#### 13251 Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)

*Obligator Leistungsinhalt*

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

525 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13251 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

#### 13252 Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

170 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13252 setzt eine*

*Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13252 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13253 Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 235 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13253 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13253 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13254 Langzeit-Blutdruckmessung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

195 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13254 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13255 Spirographische Untersuchung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und expiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

155 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13255 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13256 Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung in Ruhe und/oder
- Bestimmung bei Belastung und/oder

- Zur Indikationsstellung einer Sauerstoffinhalationstherapie 205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13256 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32247 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13256 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13257 Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Rektale Palpation,
- Proktoskopie,
- Patientenaufklärung in angemessenem Abstand zur Untersuchung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Rektoskopie

215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13257 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02301 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13257 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250 und 30600 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13258 Allergologische Basisdiagnostik

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Allergologische Anamnese,
- Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

einmal im Behandlungsfall

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13258 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 30110, 30111 und 30120 bis 30123 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

## 13.3 Schwerpunktorientierte internistische Versorgung

### 13.3.1 Angiologische Leistungen

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.1 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie berechnet werden.

### 13300 Angiologisch-diagnostischer Komplex

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung(en) der extrakraniellen

- hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahrens von mindestens 6 Gefäßabschnitten (Nr. 33070)  
und/oder
- Sonographische Untersuchung(en) der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahrens (Nr. 33071)
- und/oder
- Sonographische Untersuchung(en) der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahrens (Nr. 33072)
- und/oder
- Sonographische Untersuchung(en) der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums mittels Duplex-Verfahrens (Nr. 33073),
  - Farbcodierte Untersuchung(en) (Nr. 33075),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung(en) extrakranieller hirnversorgender Gefäße und der Periorbitalarterien mittels CW-Doppler-Verfahrens an mindestens 12 Ableitungsstellen (Nr. 33060),
- Sonographische Untersuchung(en) der extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahrens an mindestens 3 Ableitungsstellen (Nr. 33061),
- Sonographische Untersuchung(en) der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahrens an mindestens 7 Ableitungsstellen (Nr. 33063),
- Sonographische Untersuchung(en) der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahrens von mindestens 8 Beschallungsstellen (Nr. 33076),
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) in Ruhe, mit reaktiver Hyperämie,
- Photoplethysmographie(n),
- Kapillarmikroskopische Untersuchung(en) mit Bilddokumentation, Funktionstest(en),
- Blutige Venendruckmessung(en) in Ruhe, mit Belastung und graphischer Registrierung,

einmal im Behandlungsfall

1685 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13300 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 13300 auch dann berechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von verschlussplethysmographischen bzw. photoplethysmographischen, kapillarmikroskopischen sowie blutigen phlebodynamometrischen Untersuchungen oder Leistung nach der Nr. 33071 verfügt.*

*Die Leistung nach der Nr. 13300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30500, 33060, 33061, 33063, 33070 bis 33073, 33075 und 33076 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

13301 **Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 13300** für die Laufband-Ergometrie

*Obligater Leistungsinhalt*

- Laufbandergometrie zur Objektivierung der Gehfähigkeit unter fortlaufender Monitorkontrolle

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung des Dopplerdruckindex nach Belastung,
- Kaltluftprovokation

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

13310 **Intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie** im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intermittierende fibrinolytische Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine
- und/oder

- Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer,
- EKG-Monitoring

645 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13310 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01530 und 01531 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

13311 **Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Systemische Fibrinolyse arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer und EKG-Monitoring

195 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330 und 02331 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01530 und 01531 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13.3.2 Endokrinologische Leistungen

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.2 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie berechnet werden.

#### 13350 Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Einleitung, ggf. Durchführung und Verlaufskontrolle einer medikamentösen oder operativen Therapie bzw. Strahlentherapie,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einleitung einer endokrinologischen Stufendiagnostik (z. B. Durstversuch, Metopirontest, Insulinhypoglykämietest, Releasing-Hormon-Test),
- Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

425 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13.3.3 Gastroenterologische Leistungen

1. Die Leistungen des Abschnitts 13.3.3 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden.
2. Die Leistungen nach den Nrn. 13421 bis 13423 können darüber hinaus von allen in der Präambel 12.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 13400 und 13402 können von allen in der Präambel 12.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden.

#### 13400 Ösophago-Gastroduodener Komplex

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Ösophagoskopie  
und/oder
- Ösophagogastroskopie  
und/oder
- Ösophagogastroduodenoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Foto-/Videodokumentation(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02400,
- Ureasenachweis,
- Probeexzision,
- Probepunktion,
- Fremdkörperentfernung(en),
- Blutstillungen,
- Prämedikation/Sedierung

2165 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13400 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02400, 13411 und 13412 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13400 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

13401 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 13400*Obligater Leistungsinhalt*

- Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung und/oder
- Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) und/oder
- Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en) und/oder
- Durchzugsmanometrie des Ösophagus und/oder
- Hochfrequenzelektroschlinge

1330 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13401 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

13402 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 13400 für Polypektomie(n)*Obligater Leistungsinhalt*

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

715 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13402 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 13423 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13402 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

13404 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 13400 für Laservaporisation(en)/Argon-Plasma-Koagulation

950 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13404 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02301 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13404 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13251 bis 13258, 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13500 bis 13502, 13550 bis 13552, 13560, 13561, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 13650, 13651, 13660 bis 13663, 13670, 13700 und 13701 berechnungsfähig.*

### 13410 **Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Bougierung des Ösophagus und/oder
- Dehnung des unteren Ösophagussphinkters (Kardiasprengung),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung

630 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13410 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13410 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13411 **Einsetzen einer Ösophagusprothese**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Einsetzen einer Ösophagusprothese,
- Gastroskopie (Leistung Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung

2175 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13411 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 13400 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13412 **Perkutane Gastrostomie**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Perkutane Gastrostomie,
- Gastroskopie (Leistung Nr. 13400),

- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Durchführung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde,
- Gastroskopie

2570 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13412 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02320, 02340, 02341 und 13400 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13412 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13420 Saugbiopsie des Dünndarms beim Kind**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Saugbiopsie des Dünndarms beim Kind

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Durchleuchtung(en)

465 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13420 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 02320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13420 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13421 Koloskopischer Komplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02401,
- Probeexzision(en),
- Gerinnungsuntersuchungen,
- Prämedikation/Sedierung,
- Darstellung des terminalen Ileums

4100 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13421 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13421 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01741, 02300 bis 02302, 02401, 13422, 13430 und 13431 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13422 (Teil-)Koloskopischer Komplex***Obligater Leistungsinhalt*

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der Leistung nach der Nr. 13421 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

2485 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13422 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13422 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01741, 02300 bis 02302 und 13421 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13422 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13423 Zuschlag** zu der Leistung nach den Nrn. 13421 und 13422*Obligater Leistungsinhalt*

- Fremdkörperentfernung(en)  
und/oder
- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge  
und/oder
- Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge  
und/oder
- Blutstillung(en)

590 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13423 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01742, 02300 bis 02302 und 13402 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13423 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13424 Zuschlag** zu der Leistung nach den Nrn. 13400, 13421 und 13422*Obligater Leistungsinhalt*

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) 950 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13424 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13424 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13430 Bilio-pankreatisch-diagnostischer Komplex

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopische Sondierung(en) der Papilla vateri,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff ,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Endoskopische Einbringung(en) von Kontrastmittel,
- Röntgendokumentation(en),
- Dokumentation

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Entnahme von Sekret(en), Bürstenbiopsien,
- Probeexzision(en),
- Foto-/Videodokumentation(en),
- Prämedikation/Sedierung

3210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13430 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 13421, 13431 und 34250 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13430 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13431 Bilio-pankreatisch-therapeutischer Komplex

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopische Sondierung(en) der Papilla vateri entsprechend der Leistung nach der Nr. 13430 mit
  - Papillotomie(n)
 und/oder
  - Zertrümmerung von Steinen
 und/oder
  - Extraktion von Steinen
 und/oder
  - Legen einer Verweilsonde
 und/oder
  - Plazierung und/oder Entfernung einer Drainage im Gallen- oder Pankreasgang,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff ,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,

- Röntgendokumentation(en),
- Dokumentation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Einbringung(en) von Kontrastmittel,
- Foto-/Videodokumentation

4600 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13431 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 13421, 13430 und 34250 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13431 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13.3.4 Hämato-/Onkologische Leistungen**

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.4 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden.

**13500 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erstellung eines krankheitsspezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

einmal im Behandlungsfall

485 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13501 Intensivierte Nachbetreuung nach allogener oder autologer Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachbetreuung von Patienten mit Stammzelltransplantation,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

einmal im Behandlungsfall

485 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13502 Intensive, aplasieinduzierende und/oder toxisitätsadaptierte antiproliferative Behandlung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intensive, aplasieinduzierende und/oder
- Toxizitätsadaptierte Behandlung,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

einmal im Behandlungsfall

485 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13502 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13.3.5 Kardiologische Leistungen**

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.5 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von

- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden.

**13550 Kardiologischer-diagnostischer Komplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020) und/oder
- Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021) und/oder
- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022) und/oder
- Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung (Nr. 33030) und/oder
- Echokardiographie mit pharmakodynamischer Stufenbelastung (Nr. 33031),
- Druckmessung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Leistung nach der Nr. 02331,
- Leistung nach der Nr. 13251,
- Leistung nach der Nr. 13252,
- Leistung nach der Nr. 13253,
- Leistung nach der Nr. 13254,
- Leistung nach der Nr. 13300,
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe,
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Sonographie der Thoraxorgane (Nr. 33040),
- Farbcodierte Untersuchungen (Nr. 33075),
- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks,
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikation der Testsubstanz(en),

einmal im Behandlungsfall

1760 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13550 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 13550 auch dann berechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Einschwemmkathetern, der intraluminalen Messung des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, der Messung von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten und von Leistungsinhalten der Leistung nach den Nrn. 13300 und 13301 verfügt.*

*Die Leistung nach der Nr. 13550 ist nur berechnungsfähig, wenn die Praxis über die Möglichkeit und Genehmigung zur Erbringung der Leistung nach der Nr. 33030 oder 33031 verfügt.*

*Die Leistung nach der Nr. 13550 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 13551 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13550 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 30500, 33020 bis 33022, 33030, 33031, 33040, 33060, 33061, 33063, 33070 bis 33073, 33075 und 33076 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

#### **13551 Elektrostimulation des Herzens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens,
- Elektrodeneinführung,
- EKG-Monitoring

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung 1290 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13551 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01222, 02300 bis 02302 und 13550 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13551 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

#### **13552 Kontrolle eines Herzschrittmachers oder eines implantierten kardialen Defibrillators**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Umprogrammierung,
- Telemetrische Abfrage

455 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13552 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13552 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13560 Ergospirometrische Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Gasanalyse in der Expirationsluft,
- Monitorüberwachung

1085 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13560 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13561 Behandlung eines Herz-Transplantatträgers***Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktion(en),
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13561 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13.3.6 Leistungen der Nephrologie und Dialyse**

1. Die Berechnung der Leistungen des Abschnitts 13.3.6 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
2. Der Leistungsumfang der Leistungen nach den Nrn. 13610, 13620 und 13621 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder LDL-Apherese schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Nr. 13610 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Nrn. 13611 und 13612 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein.
3. Aus den in den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.4 und 1.5 aufgeführten Leistungen sind neben den Leistungen nach den Nrn. 13610, 13611,

13612, 13620 und 13621 nur die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01220, 01221, 01222, 01411, 01412, 13210, 13211 und 13212 berechnungsfähig.

4. Die Leistungen nach den Abschnitten 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. von Apherese handelt, nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13610 bis 13621 berechnungsfähig.
5. Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Leistungen nach den Nrn. 32018, 32019, 32050, 32051 bzw. 32052, 32053, 32066, 32067, 32068, 32071 und 32102 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Leistung nach der Nr. 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Leistung Nr. 32016.

- 13600 **Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten** mit einer **dauerhaften** endogenen Kreatinin-Clearance **unter 20 ml/min** oder mit **nephrotischem Syndrom**, einschließlich Aufklärung über und ggf. Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm, ggf. einschließlich Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt,  
einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13600 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13602 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13601 **Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers** einschließlich **Kontrolle** der **Transplantatfunktionen** und **Überwachung** des **spezifischen Therapieschemas**, ggf. einschließlich Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt,  
einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13601 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13602 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13602 **Kontinuierliche Betreuung** eines **dialysepflichtigen** Patienten durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt,  
einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13600 und 13601 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13610 **Ärztliche** Betreuung bei **Hämodialyse** als **Zentrums-** bzw. **Praxishämodialyse, Heimdialyse** oder **zentralisierter Heimdialyse**, oder bei **intermittierender Peritonealdialyse** (IPD), einschl. **Sonderverfahren** (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V),

je Dialysetag

400 Punkte

*Die Leistungen nach Kapitel 1.5, 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse- bzw. von Apherese handelt, nicht neben der Leistung nach der Nr. 13610 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13610 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01102, 01110, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 und 13215 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13610 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13611 **Ärztliche** Betreuung bei Durchführung einer **Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD)**,

je Dialysetag

200 Punkte

*Die Leistungen nach Kapitel 1.5, 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse- bzw. von Apherese handelt, nicht neben der Leistung nach der Nr. 13611 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13611 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01102, 01110, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 und 13215 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13611 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13612 **Zuschlag** zu den Leistungen nach der Nr. 13610 und 13611 für die Durchführung einer **Trainingsdialyse**,

je vollendeter Trainingswoche

600 Punkte

*Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens 3 Hämodialysetage oder 7 Peritonealdialysetage.*

*Die Leistungen nach Kapitel 1.5, 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der*

*Dialyse- bzw. von Apherese handelt, nicht neben der Leistung nach der Nr. 13612 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13612 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01102, 01110, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 und 13215 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13612 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13620 **Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese** gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, je Apherese

400 Punkte

*Die Leistungen nach Kapitel 1.5 , 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse- bzw. von Apherese handelt, nicht neben der Leistung nach der Nr. 13620 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13620 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01102, 01110, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 und 13215 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13620 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

- 13621 **Ärztliche Betreuung bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis** gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, je Apherese

400 Punkte

*Die Leistungen nach Kapitel 1.5 , 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse- bzw. von Apherese handelt, nicht neben der Leistung nach der Nr. 13621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13621 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01102, 01110, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531 und 13215 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13621 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13.3.7 Pneumologische Leistungen

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.7 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden.

- 13650 **Pneumologisch-Diagnostischer Komplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit graphischer(-en) Registrierung(en) und/oder
- Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und/oder
- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung und/oder
- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von broncholytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und expiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax und graphischer Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) in Ruhe,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) unter definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) in Ruhe unter Sauerstoffinsufflation,
- Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode,

einmal im Behandlungsfall

1090 Punkte

*Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 13650 auch dann berechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes verfügt.*

*Die Leistung nach der Nr. 13650 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02330 und 13660 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13650 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13661 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13651 Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 13650 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests***Obligater Leistungsinhalt*

- Quantitativer inhalativer Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve oder Flussvolumenkurve,
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bronchospasmolysebehandlung nach Provokation

875 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13651 ist nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.*

*Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13651 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche notfallmedizinische Versorgung.*

*Die Leistung nach der Nr. 13651 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13661 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13660 Ergospirometrische Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Gasanalyse in der Expirationsluft,
- Elektrokardiographische Untersuchung(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Monitorüberwachung

1085 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13660 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 13650 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13660 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13250 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13661 Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse***Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse),
- in Ruhe  
und/oder
- unter definierter und reproduzierbarer Belastung  
und/oder
- unter Sauerstoffinsufflation

345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13661 ist nur bei Vorliegen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13661 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13661 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13650 und 13651 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13662 Bronchoskopie

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

2560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13662 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02343 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13662 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

### 13663 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 13662 für

- Fremdkörperentfernung  
und/oder
- Blutstillung  
und/oder
- Perbronchiale Biopsie  
und/oder
- Sondierung von peripheren Rundherden  
und/oder
- Broncho-alveoläre Lavage

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

Leistung nach der Nr. 34240 und/oder Nr. 34241

590 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 13663 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 13663 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02343 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13663 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13664 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 13662*Obligater Leistungsinhalt*

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

950 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13664 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250 bis 13258, 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13500 bis 13502, 13550 bis 13552, 13560, 13561, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 13700 und 13701 berechnungsfähig.*

**13670 Thorakoskopie***Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopische Untersuchung des Pleuraraums,
- Gewebeentnahme aus der Pleura bzw. Lunge,
- Einbringen der Drainage,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Medikamentöse Pleurodese,
- Probepunktion(en)

2085 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13670 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin berechnungsfähig, die die Voraussetzungen des § 115b SGB V erfüllen.*

*Die Leistung nach der Nr. 13670 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02343 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 13670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

**13.3.8 Leistungen der Rheumatologie**

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.8 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von

- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie berechnet werden.

**13700 Behandlung** eines Patienten mit

- Poly- und Oligarthritiden,
- Seronegativer Spondylarthritis,
- Kollagenose,
- Vaskulitis,
- Myositis,

einmal im Behandlungsfall

485 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.7 berechnungsfähig.*

**13701 Rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment** mittels Untersuchungsinventaren

*Obligater Leistungsinhalt*

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFbH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei seronegativer Spondylarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des BASDAI bei Morbus Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritiden

und/oder

- Erhebung des SLEDAI bei systemischem Lupus erythematodes

und/oder

- Erhebung des BIVAS bei Vaskulitiden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemittel der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

einmal im Krankheitsfall

415 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 13701 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.7 berechnungsfähig.*

## 14 Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

### 14.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100, 01101, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01950 bis 01952, 02100, 02200, 02300, 02320, 02330 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.8, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 14.2 Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligatorer Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status,
- Ärztliche Koordination bei sozialpsychiatrischer Betreuung,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

14210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	540 Punkte
14211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	540 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 14210 und 14211 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 14212 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 14210 und 14211 sind am*

*Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 14222 berechnungsfähig.*

**14212 Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 14212 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14210 und 14211 berechnungsfähig.*

**14220 Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,
- Berücksichtigung
  - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
  - entwicklungspsychologischer Faktoren,
  - entwicklungssoziologischer Faktoren,
  - familiendynamischer Faktoren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

340 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 14210, 14211 und 14220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 14220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 14220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 14220.*

*Die Leistung nach der Nr. 14220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14221, 14222, 14310, 14311, 14313 und 14314 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

**14221 Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen (Gruppenbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 6 Teilnehmer,
- Berücksichtigung
  - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
  - entwicklungspsychologischer Faktoren,
  - entwicklungssoziologischer Faktoren,
  - familiendynamischer Faktoren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, höchstens zweimal am Behandlungstag

330 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 14210, 14211 und 14221 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 30 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 14221.*

*Die Leistung nach der Nr. 14221 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220, 14310 und 14311 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

- 14222 Eingehende situationsbezogene **Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en)** eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en),
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 14222 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 14220 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 14222 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14210 und 14211 berechnungsfähig.*

## 14.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

- 14240 **Ärztliche Koordination bei psychiatrischer Betreuung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ärztliche Koordination
  - intra- und/oder multiprofessioneller, extramuraler komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
  - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,

- der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern,  
einmal im Behandlungsfall 485 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 14240 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14313 und 14314 berechnungsfähig.*
- 14310 **Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)** eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungskonzeptes bei Ausfallerscheinungen des (Psycho)-Sozialverhaltens und/oder der Ich-Funktion und/oder von Sensorik und Motorik
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Einzelbehandlung,
  - Dauer mindestens 15 Minuten,
- je vollendete 15 Minuten 165 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 14310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220, 14221 und 14311 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*
- 14311 **Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)** eines Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungskonzeptes bei Ausfallerscheinungen des (Psycho)-Sozialverhaltens und/oder der Ich-Funktion und/oder von Sensorik und Motorik
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Gruppenbehandlung mit bis zu 3 Teilnehmern,
  - Dauer mindestens 15 Minuten,
- je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten 75 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 14311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220, 14221 und 14310 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*
- 14312 **Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
- Obligatorer Leistungsinhalt*
- Untersuchung von mindestens 4 Funktionsbereichen (Grobmotorik, Handfunktion, geistige Entwicklung, Perzeption, Sprache, Sozialverhalten oder Selbständigkeit) nach standardisierten Verfahren 460 Punkte
- 14313 **Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung**
- Obligatorer Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung,
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Mindestens eine der im folgenden genannten Erkrankungen: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen F20 bis F29, F30, F31-F34 (nur F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F34.1), F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0 Anorexia nervosa, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4 stereotype Bewegungsstörungen,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

1035 Punkte

*Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 14313.*

*Die Leistung nach der Nr. 14313 ist nicht berechnungsfähig bei der Diagnose Epilepsie (ICD-10: G40).*

*Die Leistung nach der Nr. 14313 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 14220 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 14313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14240 und 14314 berechnungsfähig.*

**14314 Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung,
- Mindestens eine der im folgenden genannten Erkrankungen: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen F20 bis F29, F30, F31-F34 (nur F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F34.1), F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher

- Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0 Anorexia nervosa, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4 stereotype Bewegungsstörungen,
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

620 Punkte

*Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 14314.*

*Die Leistung nach der Nr. 14314 ist nicht berechnungsfähig bei der Diagnose Epilepsie (ICD-10: G40).*

*Die Leistung nach der Nr. 14314 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 14220 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 14314 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14240 und 14313 berechnungsfähig.*

**14320 Elektroenzephalographische Untersuchung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnung,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en)

590 Punkte

*Die für die Leistung nach der Nr. 14320 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.*

*Die Leistung nach der Nr. 14320 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 14321 berechnungsfähig.*

**14321 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-) Untersuchung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en),
- Polygraphie

1360 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 14321 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14320 und 30900 berechnungsfähig.*

**14330 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder
- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig

einmal im Behandlungsfall

300 Punkte

**14331 Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig

einmal im Behandlungsfall

635 Punkte

## 15 Leistungen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

### 15.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341, 02350, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 30800, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.6, 34.2, 34.3, 34.4 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. Vertragsärzte, die auch als Vertragszahnärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen. Die Abrechnung einzelner Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung schließt die Abrechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

### 15.2 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

15210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	140 Punkte
15211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	115 Punkte
15212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	140 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 15210 bis 15212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 15215 berechnungsfähig.*

#### 15215 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 15215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 15210 bis 15212 berechnungsfähig.*

15220	<b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten	225 Punkte
-------	---	------------

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 15210 bis 15212 und 15220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 15220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 15220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 15220.*

### 15.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

15310	<b>Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke, - Bissregistrierung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Manuelle Therapie, einmal im Behandlungsfall	155 Punkte
-------	--	------------

*Die Leistung nach der Nr. 15310 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 15323 berechnungsfähig.*

15311	<b>Situationsmodell(e)</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Abformung eines und/oder beider Kiefer für Situationsmodelle, - Bissregistrierung	115 Punkte
-------	--	------------

*Die Leistung nach der Nr. 15311 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 15323 berechnungsfähig.*

**15321 Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Operativer Eingriff mit einer Dauer bis zu 5 Minuten im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich, und/oder
- Entfernung von bis zu zwei einwurzeligen oder eines mehrwurzeligen Zahnes

einmal am Behandlungstag

225 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 15321 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360 und 15323 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 15321 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**15322 Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich II, primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung, und/oder
- Operative Blutstillung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich, und/oder
- Entfernung von 3 oder 4 einwurzeligen oder 2 mehrwurzeligen Zähnen, und/oder
- Entfernung festsitzender Fremdkörper aus dem Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich, und/oder
- Transorale Eröffnung eines dentogenen, submucösen Abszesses ohne Eröffnung einer Körperhöhle (auch Furunkel, Karbunkel) im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich, und/oder
- Probeexzision aus der Zunge und/oder aus der Mundhöhle, und/oder
- Punktion einer Kieferhöhle, und/oder
- Extirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus, und/oder
- Reposition eines Zahnes, und/oder
- Wurzelspitzenresektion im Frontzahnbereich

einmal am Behandlungstag

420 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 15322 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose*

*erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 15322 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360 und 15323 berechnungsfähig.*

**15323 Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich III, primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder
- Eröffnung eines subperiostalen oder tiefen Abszesses im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich, ggf. auch von extraoral,
- und/oder
- Entfernung eines tief zerstörten Zahnes auch durch Osteotomie,
- und/oder
- Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn,
- und/oder
- Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivektomie von bis zu vier Zähnen,
- und/oder
- Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung eines Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte,
- und/oder
- Reimplantation eines Zahnes,
- und/oder
- Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstückes des Alveolarfortsatzes

einmal am Behandlungstag

770 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 15323 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 15323 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02360, 15310, 15311, 15321 und 15322 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 15323 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602, 31608 bis 31637, 31643 und 31644 berechnungsfähig.*

**15324 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Wurzelkanalauflaufarbeitung,
- und/oder

- Wurzelkanalfüllung,

345 Punkte

*Die Leistung kann je behandeltem Wurzelkanal einmalig abgerechnet werden.*

## 16 Neurologische und neurochirurgische Leistungen

### 16.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
  - Fachärzten für Neurochirurgieberechnet werden.
2. Abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen können Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie im Einzelfall bestimmen, ob sie den Ordinationskomplex dieses Kapitels oder den des Kapitels Psychiatrie und Psychotherapie berechnen.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02342, 02350, 02360, 02500 und 02510 bis 02512.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.8, 30.9, 31.2, 31.3, 31.6, 34.2, 34.3, 34.4, 34.5 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
5. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 16.2 Neurologische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status,
- Ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

16210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	410 Punkte
16211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	410 Punkte
16212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	410 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 16210 bis 16212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 16215 berechnungsfähig.*

#### 16215 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 16215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16210 bis 16212 berechnungsfähig.*

16220	<b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten	225 Punkte
-------	---	------------

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 16210 bis 16212 und 16220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 16220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 16220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 16220.*

*Die Leistung nach der Nr. 16220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16230 und 16231 berechnungsfähig.*

#### 16230 **Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biographischer Ereignisse,
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Mindestens eine der im folgenden genannten Erkrankungen: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), F00 - F03 Demenz, G09 Folgen einer Enzephalomyelitis, G10 - G13 Systematrophien, G20 Morbus Parkinson, G35 Multiple Sklerose, G40 Epilepsie, G80 - G82

- Hemi-/Paraplegie,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepiletika, Parkinsonmitteln, Chlozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

1035 Punkte

*Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 16230.*

*Die Leistung nach der Nr. 16230 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 16220 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 16230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16231 und 16232 berechnungsfähig.*

**16231 Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Mindestens eine der im folgenden genannten Erkrankungen: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), F00 - F03 Demenz, G09 Folgen einer Enzephalomyelitis, G10 - G13 Systematrophien, G20 Morbus Parkinson, G35 Multiple Sklerose, G40 Epilepsie, G80 - G82 Hemi-/Paraplegie,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

620 Punkte

*Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 16231.*

*Die Leistung nach der Nr. 16231 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 16220 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 16231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16230 und 16232 berechnungsfähig.*

**16232 Ärztliche Koordination bei psychiatrischer Betreuung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ärztliche Koordination
  - intra- und/oder multiprofessioneller, extramuraler komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
  - psycho-, ergo und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Team,
  - der Greppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern,

einmal im Behandlungsfall

340 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 16232 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16230 und 16231 berechnungsfähig.*

**16.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen****16310 Elektroenzephalographische Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnung,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en)

590 Punkte

*Die für die Leistung nach der Nr. 16310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfüllt wurde.*

*Die Leistung nach der Nr. 16310 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 16314 berechnungsfähig.*

**16311 Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung***Obligater Leistungsinhalt*

- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder
- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig

300 Punkte

**16312 Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)***Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig

einmal im Behandlungsfall

635 Punkte

**16313 Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung***Obligater Leistungsinhalt*

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden
- und/oder
- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Beidseitig,

je Sitzung

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 16313 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 16313 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

**16314 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en),
- Polygraphie

1360 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 16314 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16310 und 30900 berechnungsfähig.*

**16320 Testverfahren bei Demenzverdacht***Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD),

einmal im Behandlungsfall

50 Punkte

## 17 Nuklearmedizinische Leistungen

### 17.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01110, 01220 bis 01222, 01414, 01430, 01610, 01611, 01620 bis 01622, 01700, 01701, 02100, 02200, 02300, 02320 und 02323.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1.1, 30.1.2, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 34.2, 34.4, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 17.2 Nuklearmedizinische Grundleistungen

#### 17210 **Konsiliarkomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Strahlenschutzbelehrung gemäß Strahlenschutzverordnung,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Veranlassung und Durchführung der Aufnahme(n) bzw. Messung(en),
- Interpretation,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

#### 17214 **Zuschlag** zur Leistung nach der Nr. 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

160 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

## 17.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

- 17310 Teilkörperszintigraphische Untersuchung** 1160 Punkte
- Bei der Abrechnung der Leistung nach der Nr. 17310 ist das untersuchte Organ bzw. sind die untersuchten Organe anzugeben.*
- Die Leistung nach der Nr. 17310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17311, 17312, 17320, 17321, 17330 bis 17333, 17340, 17341, 17350, 17351 und 17370 bis 17372 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 17310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17311 Ganzkörperszintigraphische Untersuchung** 1675 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 17311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17320, 17321, 17330 bis 17333, 17340, 17341, 17350, 17351 und 17372 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 17311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17312 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 17311 für die Verwendung eines Ganzkörperzusatzes 450 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 17312 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 17310 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 17312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17320 Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Untersuchung mittels Gammakamera,
  - Rechnergestützte Auswertung zur Erstellung globaler und ggf. regionaler Funktionsparameter (z. B. thyreoidale Jodaktivität [TJ], 99m-TC-Thyreoidea-Uptake [TcTU], Radiojodclearance [RJC], Radiojod-Thyreoidea-Uptake [RJTU]),
- einmal im Behandlungsfall 1025 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 17320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311, 17321 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 17320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17321 Radiojod-Zweiphasentest**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 17320,
  - Mehrmalige Aktivitätsmessung über der Schilddrüse,
- einmal im Behandlungsfall 1560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17321 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311, 17320 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**17330 Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels (Belastungsuntersuchung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung unter physikalisch definierter und reproduzierbarer bzw. unter pharmakodynamischer Stufenbelastung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Belastungs-EKG-Untersuchung

2450 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310 und 17311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**17331 Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels in Ruhe**

1775 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310 und 17311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**17332 Nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (Belastungsuntersuchung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung unter physikalisch definierter und reproduzierbarer bzw. unter pharmakodynamischer Stufenbelastung,
- Bestimmung der Auswurffraktion

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Belastungs-EKG-Untersuchung

2365 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17332 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**17333 Nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung in Ruhe,
- Bestimmung der Auswurffraktion

1080 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17333 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17333 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

- 17340 **Nierenfunktionsdiagnostik mit Bestimmung der seitengetrenten tubulären und/oder glomerulären Clearance** 1985 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 17340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17341 **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 17340 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme** (Verabreichung von Diuretika, Lagewechsel) 1255 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 17341 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17350 **Nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung(en)** (z. B. Bestimmung(en) der Eisenkinetik, Zellmarkierungen) 1425 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 17350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17351 **Nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik** 1425 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 17351 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17351 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17360 **Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 17310 oder 17311 für die szintigraphische Untersuchung der Extravasalphase im Rahmen einer Mehrphasenszintigraphie** 410 Punkte  
*Der Zuschlag nach der Nr. 17360 ist an demselben Behandlungstag nicht mehrfach berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17360 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17361 und 17363 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17361 **Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 17310 oder 17311 für die sequentielle Aufnahmetechnik** 410 Punkte  
*Die Leistung nach der Nr. 17361 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17320, 17321, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17362, 17363 und 17370 bis 17372 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 17361 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 17362 **Zuschlag für die Einkopf-Single-Photonen-** 1800 Punkte

**Emissions-Computertomographie (SPECT)**

*Die Leistung nach der Nr. 17362 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17320, 17321, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17361 und 17363 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17362 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

- 17363 **Zuschlag für die Zwei- oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT)** 2800 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17363 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17320, 17321, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351 und 17360 bis 17362 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17363 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

- 17370 **Radiojodtherapie** von Schilddrüsenerkrankungen, einschl. der erforderlichen Kontrollmessungen 1230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17370 ist nur bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17370 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310 und 17361 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17370 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

- 17371 **Radiosynoviorthese und/oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Radiosynoviorthese und/oder
- Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen,
- Szintigraphische Kontrollmessung(en) der Bremsstrahlung und/oder der Gammastrahlung,
- Dokumentation(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gelenkpunktion(en) nach der Nr. 02341,
- Durchleuchtungen zur Kontrolle der Nadellage,

höchstens viermal am Behandlungstag

735 Punkte

*Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 17371 bei der Radiosynoviorthese am Kniegelenk auch dann abgerechnet werden, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Durchleuchtungen verfügt.*

*Die Leistung nach der Nr. 17371 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02341, 17310, 17361, 34235 und 34236 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

17372 **Radionuklidtherapie** von Knochenmetastasen, blutbildenden Organen, Geschwülsten und/oder Geschwulstmetastasen in einer Körperhöhle oder in einem Hohlorgan oder von Entzündungen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Radionuklidtherapie,
- Szintigraphische Kontrollmessung(en) der Bremsstrahlung

830 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 17372 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311 und 17361 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 17372 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

## 18 Orthopädische Leistungen

### 18.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Orthopädie berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01710, 01722, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02350, 02360 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 30800, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.6, 34.2, 34.4 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 18.2 Orthopädische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

18210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	300 Punkte
18211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	255 Punkte
18212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	280 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 18210 bis 18212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 18215 berechnungsfähig.*

#### **18215 Konsultationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,

je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 18210 bis 18212 berechnungsfähig.*

- 18220 **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**, Dauer mindestens 10 Minuten,  
je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 18210 bis 18212 und 18220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 18220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 18220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 18220.*

### 18.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

- 18310 **Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder von (einer) Skelettanomalie(n) bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes und/oder der Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Fraktur(en),
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

einmal im Behandlungsfall

555 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02350 und 02511 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18310 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18310 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 02311, 02312, 02340, 02341, 02360, 18311, 18320, 18330 und 18340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

**18311 Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z.B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes und/oder der Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder Fraktur(en),
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraartikuläre Injektionen,

einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02350 und 02511 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18311 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02311, 02312, 02340, 02341, 02360, 18310, 18320, 18330 und 18340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18311 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

**18320 Orthopädische Funktionsdiagnostik oder orthopädisch-rheumatologische Assessment mittels Untersuchungsinventaren bzw. Assessment mittels**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und

Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFvH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei seronegativer Spondylarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease-Activity-Scores (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des BASDAI bei M. Bechterew und/oder seronegativen Spondylarthritiden

und/oder

- Erhebung des SLEDAI bei systemischem Lupus erythematoses

und/oder

- Erhebung des BIVAS bei Vaskulitiden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemitteln der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zu Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

415 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02301 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18320 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02340, 02341, 02360, 18310, 18311, 18330 und 18340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18320 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

### 18330 **Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
  - Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfanges,
  - Erstellung eines Behandlungsplans
- und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes und/oder
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

einmal im Behandlungsfall

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18330 ist nur von Fachärzten für Orthopädie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02301 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18330 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02340, 02341, 02350, 02360, 18310, 18311, 18320 und 18340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.*

### 18331 **Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen**

*Obligater Leistungsinhalt*

Diagnostik und/oder Therapie

- von Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder
- segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik und/oder
- weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Haltungsschulung,

einmal im Behandlungsfall

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18331 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02301 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18331 ist am Behandlungstag nicht neben*

*den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

**18340 Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abtragung von Nekrosen und/oder
- Wunddebridement und/oder
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes und/oder
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einbringung, Wechsel oder Entfernung von Antibiotikaketten,
- Anlage/Wechsel von Schienenverbänden,

einmal im Behandlungsfall

710 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 18340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02301 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18340 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31614 bis 31621 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02310 bis 02313, 02323, 02340, 02341, 02350, 02360, 18310, 18311, 18320 und 18330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 18340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 19 Pathologische Leistungen

### 19.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Pathologie,
  - Fachärzten für Neuropathologie,
  - Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels verfügen, berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01110, 01610, 01611, 01620, 01621, 01700, 01701, 01733, 01743, 01826, 02100, 02200 und 02300.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Leistungen des Kapitels 32.
4. Die fachliche Befähigung zur Erbringung der Leistungen nach den Nrn. 32820, 32822, 32825 und 32826 gilt für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie mit der Berechtigung zum Führen der jeweiligen Arztbezeichnung als nachgewiesen.
5. Die fachliche Befähigung zur Erbringung der Leistung nach der Nr. 32855 32856 und 32857 gilt für die in der Präambel unter 1. genannten Ärzte mit dem Erwerb der fakultativen Weiterbildung "Molekularpathologie" als nachgewiesen.
6. Ein Organ bzw. Gewebe einheitlicher histologischer Struktur oder ein Organteil bzw. Gewebeteil unterschiedlich definierter histologischer Struktur oder unterschiedlich definierter Lokalisation wird nachfolgend als je ein Material bezeichnet. Histologische Untersuchungen eines Materials ohne topographische oder pathogenetische Beziehung zum Krankheitsprozess sind nicht berechnungsfähig.
7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 19.2 Pathologische Grundleistungen

#### 19210 **Konsiliarkomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Entnahme von Material für histologische und zytologische Untersuchungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

165 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 19210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 19.3 Diagnostische histologische und zytologische Leistungen

#### 19310 **Histologische oder zytologische Untersuchung** eines Materials

*Obligater Leistungsinhalt*

- Histologische Untersuchung  
oder
- Zytologische Untersuchung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufbereitung

220 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 19310 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01733, 01743, 01826 und 19311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 19310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

#### 19311 **Zytologische Untersuchung** eines Materials

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche von Ekto- und/oder Endozervix  
oder
- Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufbereitung,
- Untersuchung von Bürstenabstrichen

155 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 19311 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01733, 01826, 19310 und 19331 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 19311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

#### 19312 **Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 19310 und 19311**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anwendung je eines histo- oder zytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von organischen und anorganischen Stoffen oder Enzymaktivitäten durch definierte chemische Reaktionen)  
und/oder
- Anwendung je eines optischen Sonderverfahrens (Morphometrie, Interferenz- oder Polarisationsmikroskopie),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufbereitung,  
je Material, höchstens fünfmal 265 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 19312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 19313 **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 19310 für die histologische und/oder zytologische Sofortuntersuchung** eines Materials während einer **Operation** (z. B. Schnellschnitt) 610 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 19313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 19314 **Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 19310 für die Einbettung in Kunststoff** zur Anwendung technischer Sonderverfahren (z. B. Semidünnschnitttechnik, Elektronenmikroskopie, Knochenuntersuchung ohne Entkalkung) 965 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 19314 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 19320 **Histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung immunchemischer Sonderverfahren**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung je eines immunhisto- oder immunzytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von antigenen Strukturen durch definierte immunchemische Reaktionen) unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Aufbereitung,  
je Material, höchstens fünfmal 645 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 19320 ist für Rezeptorennachweise nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 19321 und 19322 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 19320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- 19321 **Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Histologische oder zytologische Untersuchung zum immunhistochemischen und/oder immunzytochemischen Nachweis eines Rezeptors unter Angabe der Art des Rezeptors,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Aufbereitung,  
je Material, höchstens zweimal 945 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 19321 ist für Rezeptorennachweise die Leistung nach der Nr. 19320 nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 19321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 19322 Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors

*Obligater Leistungsinhalt*

- Histologische Untersuchung zum immunhistochemischen Nachweis des HER2-Rezeptors

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufbereitung

1400 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 19322 sind für den HER2-Rezeptor-Nachweis die Leistungen nach den Nrn. 19320 und 19321 nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 19322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 19330 Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Densitometrische DNA-Bestimmung an mindestens 100 Zellkernen nach Spezialfärbung,
- Auswertung und Dokumentation

755 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 19330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 19331 Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer speziell gefärbter Abstriche zur Diagnostik der hormonellen Funktion

65 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 19331 ist bei demselben Material nicht neben der Leistung nach der Nr. 19311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 19331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 19332 Histologisch-topographie-spezifische Bestimmung(en) und Identifizierung(en) der zu untersuchenden Zell- oder Gewebsstruktur(en) an morphologischem Untersuchungsgut in Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. 32855, 32856 und 32857.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mikrodissektion(en) unter mikroskopischer Kontrolle,
- Korrelation der molekularpathologischen Ergebnisse mit der Vordiagnostik,

- Erstellung einer Konsensusdiagnose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Entparaffinierung der Gewebsschnitte,
- Individuelles Design spezifischer Primer-Paare bzw. DNA-Sequenzen,
- Makrodissektion(en) unter mikroskopischer Kontrolle,
- Erstellung von Dünnschnitten bei formalinfixiertem, paraffineingebettetem Gewebe oder von Ausstrichen,
- Gewebsspezifischer Verdau

660 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 19332 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

## 20 Phoniatische und pädaudiologische Leistungen

### 20.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100, 01101, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 02100, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02350, 02500 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 30800, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 31.2, 31.3, 31.6, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 20.2 Phoniatische und pädaudiologische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Endoskopische organbezogene Untersuchung(en),
- Ohrmikroskopie,
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

20210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	610 Punkte
20211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	390 Punkte
20212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	390 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 20210 bis 20212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 20215 berechnungsfähig.*

#### **20215 Konsultationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt 45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20210 bis 20212 berechnungsfähig.*

- 20220 **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**, Dauer mindestens 10 Minuten,  
je vollendete 10 Minuten 225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 20210 bis 20212 und 20220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 20220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 20220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 20220.*

*Die Leistung nach der Nr. 20220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20360 und 20361 berechnungsfähig.*

### 20.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

#### 20310 Lupenlaryngoskopie

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Lupenlaryngoskop

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung der oberen Trachea 190 Punkte

#### 20311 Schweb- oder Stützlaryngoskopie

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Schweb- oder Stützlaryngoskopie in Narkose 445 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20312 und 20313 berechnungsfähig.*

#### 20312 Direkte Laryngoskopie beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop und/oder
- Direkte Laryngoskopie mittels Operationsmikroskop

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schweb- oder Stützlaryngoskopie (Nr. 20311) 495 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20312 ist nicht neben der Leistung nach der*

*Nr. 20311 berechnungsfähig.*

**20313 Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Stimmlippenstroboskopie
- Schriftliche Auswertung,
- Dokumentation

215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20313 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20311 und 20314 berechnungsfähig.*

**20314 Videostroboskopie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Videostroboskopische Untersuchung der Stimmlippen zur Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen, in bewegtem und stehendem Bild,
- Bilddokumentation

390 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20314 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 20313 berechnungsfähig.*

**20320 Tonschwellenaudiometrische Untersuchung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein und/oder beidseitig,
- Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Vertäubung,
- Bestimmung der Intensitätsbreite

395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20320 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlicher Kalibrierung durch einen zugelassenen Wartungsdienst. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.*

*Audiometrische Untersuchungen ohne Kopfhörer haben in einem - nach DIN ISO 8253-1 - schallisolierten Raum zu erfolgen.*

*Die Leistung nach der Nr. 20320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 20340 berechnungsfähig.*

**20321 Zuschlag zur Leistung nach der Nr. 20320 für die sprachaudiometrische(n) Bestimmung(en) des Hörvermögens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchungen ein- und/oder beidseitig,
- Spachaudiometrie bei vorausgegangener Leistung nach der Nr. 20320

und/oder

- Hörfeldskalierungen (mindestens 4 Frequenzen)

und/oder

- In-situ-Messungen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überschwellige audiometrische Untersuchungen (z. B. Bestimmung der Tinnitus-Verdeckungs-Kurve, SISI-Test, Lüscher-Test, Langenbeck-Geräuschaudiogramm),
- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mit mindestens 4 Prüffrequenzen, ipsi- und/oder kontralateraler Ableitung,
- Störgeräusch(e),
- Messung im freien Schallfeld,
- Benutzung von Hörhilfen

400 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 20340 berechnungsfähig.*

**20322 Zuschlag** zur Leistung nach der Nr. 20320 für die Durchführung einer **Kinderaudiometrie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kinderaudiometrie beim Säugling, Kleinkind oder Kind,
- Unter Anwendung kindgerechter Hilfen,
- Unter Anwendung einer kinderaudiometrischen Einrichtung

85 Punkte

**20323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- mindestens vier Prüfsequenzen,
- ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- ein- und/oder beidseitig

*Fakultativer Leistungsinhalt*

Bestimmung des Relexdecay

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20323 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 20324 berechnungsfähig.*

**20324 Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Messung(en) otoakustischer Emissionen, einschließlich Tympanometrie

325 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 20324 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 20324 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20323, 20327 und 20371 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 20324 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 20340 berechnungsfähig.*

**20325 Prüfung der Labyrinth mit elektronystagmographischer Aufzeichnung mittels ENG/VNG**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchungen(en) ein- und/oder beidseitig,
- Elektronystagmographische Aufzeichnung mittels ENG/VNG

705 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20325 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20327 und 20371 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 20325 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 20340 berechnungsfähig.*

**20326 Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (CERA)

805 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20326 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 20327 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 20326 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 20340 berechnungsfähig.*

**20327 Hörschwellenbestimmung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA, CERA, MMN),
- Sedierung oder Schlaflösung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 20324,
- Leistung nach der Nr. 20325,
- Leistung nach der Nr. 20326

1265 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20327 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20324 bis 20326 berechnungsfähig.*

**20330 Untersuchung der Stimme**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Phonationsdauer,
- Erfassung psychovegetativer Stigmata,

- Stimmleistung,
- Sprechstimmlage,
- Stimmumfang,
- Stimmintensität,
- Stimmeinsatz,
- Stimmresonanz

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke,
- Leistung(en) nach der Nr. 20331

525 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20331 und 20332 berechnungsfähig.*

**20331 Untersuchung des Sprechens und der Sprache***Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Prüfung(en)
  - der Sprachentwicklung,
  - des aktiven und des passiven Wortschatzes,
  - der Grammatik und Syntax,
  - der Artikulationsleistungen,
  - der prosodischen Faktoren,
  - des Redeflusses,
  - des Sprachverständnisses,
  - der zentralen Sprachverarbeitung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s),
- Leistung(en) nach der Nr. 20330

785 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20330 und 20332 berechnungsfähig.*

**20332 Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie***Obligater Leistungsinhalt*

- Eingehende Untersuchung auf
  - Aphasie
  - und/oder
  - Dysarthrie
  - und/oder
  - Dysphagie,
- Anwendung standardisierter Verfahren

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- In mehreren Sitzungen

835 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20332 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20330 und 20331 berechnungsfähig.*

**20340 Hörgeräteanpassungs- und Gebrauchsschulung beim Säugling,**

Kleinkind, Kind oder Jugendlichen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung von Hörhilfen, in einem schallisolierten Raum,
- Hörgeräteanpassung- und Gebrauchsschulung,
- Untersuchung(en) ein und/oder beidseitig,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 20320,
- Leistung nach der Nr. 20324,
- Leistung nach der Nr. 20325,
- Leistung nach der Nr. 20326,
- Hörgeräteakupplermessung(en),
- in-situ-Messung(en),
- Messung(en) mit Störgeräusch,
- Erörterung mit dem Hörgeräteakustiker,

je Sitzung

900 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20340 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 20340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20320, 20321 und 20324 bis 20326 berechnungsfähig.*

**20350 Pneumographie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Pneumographische Registrierung der Atembewegungen in Ruhe, beim Sprechen und Singen,
- Grafische Registrierung

525 Punkte

**20351 Elektrolottographie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektrolottographische Untersuchung mit Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen und -amplituden bei verschiedenen Tonhöhen und Lautstärken

755 Punkte

**20352 Schallspektrographie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schallspektrographische Untersuchung der Stimme mit Bestimmung des Leistungsdichtespektrums, der Grundfrequenz und der Formantstrukturen,
- Graphische Registrierung

825 Punkte

**20353 Palatographie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Palatographische Untersuchung,
- Sensomotorische Diagnostik im Orofacialbereich,
- Bilddokumentation

745 Punkte

**20360 Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung***Obligater Leistungsinhalt*

- Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 30 Minuten,

je vollendete 15 Minuten

365 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20360 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20220 und 20361 berechnungsfähig.*

**20361 Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung***Obligater Leistungsinhalt*

- Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 60 Minuten,
- Mindestens 3 oder 4 Teilnehmer,

je vollendete 30 Minuten

195 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20361 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20220 und 20360 berechnungsfähig.*

**20370 Abklärung einer Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung***Obligater Leistungsinhalt*

- Erbringung standardisierter Hörtests zur Diagnostik zentral-auditiver Hörstörungen  
und/oder
- Prüfung des Richtungsgehörs mit mindestens 5 Lautsprechern  
und/oder
- Ergänzende sprachaudiometrische Untersuchung im Störschall mit mindestens 2 weiteren über den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nr. 20321 hinausgehenden Schallpegeln  
und/oder
- Anwendung von Testverfahren (z. B. zeitkomprimierte Sprache, HLAD, binaurale Fusion),

höchstens viermal im Behandlungsfall

350 Punkte

*Audiometrische Untersuchungen ohne Kopfhörer haben in einem - nach DIN ISO 8253-1 - schallisolierten Raum zu erfolgen.*

**20371** Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als **Eingangsdiagnostik** vor der **Erstverordnung** einer **Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie** gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aachener Aphasietest (AAT),
- Schriftliche Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

990 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 20371 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20324 und 20325 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 20371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 35300 bis 35302 berechnungsfähig.*

## 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Leistungen (Psychiater)

### 21.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Fachärzten für Nervenheilkunde
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrieberechnet werden.
2. Abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen können Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie im Einzelfall bestimmen, ob sie den Ordinationskomplex dieses Kapitels oder den des Kapitels Neurologie berechnen.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100, 01101, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01413, 01420, 01430, 01440, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01950 bis 01952, 02100, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02342, 02360 und 02510 bis 02512.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30810 und 30811, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 34.2 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
5. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 21.2 Psychiatrische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status,
- Ergänzende Erhebung des neurologischen Status,
- Ärztliche Koordination bei sozialpsychiatrischer Betreuung,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

21210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

490 Punkte

21211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	375 Punkte
21212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	395 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 21210 bis 21212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 21215 berechnungsfähig.*

### 21215 **Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 21215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 21210 bis 21212 berechnungsfähig.*

21216	<b>Zuschlag</b> zur Leistung nach der <b>Nr. 21215</b> für die <b>eingehende Fremdanamnese, Anleitung</b> und <b>Betreuung</b> bei <b>Angehörigen</b> schwer psychisch erkrankter Patienten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit, je 10 Minuten, höchstens fünfmal im Behandlungsfall	370 Punkte
-------	---	------------

21217	<b>Zuschlag</b> zur Leistung nach der <b>Nr. 21215</b> für die <b>supportive psychiatrische Behandlung</b> eines affektiv, psychotisch, psychomotorisch und/oder hirnanorganisch akut dekompensierten Patienten, höchstens dreimal im Behandlungsfall	70 Punkte
-------	--	-----------

21220	<b>Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung,</b> <i>Obligater Leistungsinhalt</i> - Dauer mindestens 10 Minuten, - Als Einzelbehandlung, <i>Fakultativer Leistungsinhalt</i> - Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, - Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes, - Syndrombezogene therapeutische Intervention, - Anleitung der Bezugsperson(en), je vollendete 10 Minuten	340 Punkte
-------	--	------------

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 21210 bis 21212 und 21220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 21220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 21220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden*

*Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 21220.*

*Die Leistung nach der Nr. 21220 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 21221 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

### 21221 **Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

330 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 21210 bis 21212 und 21221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 21221.*

*Die Leistung nach der Nr. 21221 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 21220 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

### 21230 **Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnorganischen- oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Mindestens eine der im folgenden genannten Erkrankungen: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F20 Schizophrenie, F21 Borderline-Schizophrenie, F31-F34 Depression (nur F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F34.1), F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84 Autismus, F94.0 Mutismus,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprohylaktika, Clonazepin, Depotneuroleptika oder Stimulantientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen,

einmal im Behandlungsfall

1035 Punkte

*Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 21230.*

*Die Leistung nach der Nr. 21230 ist nicht berechnungsfähig bei der Diagnose Epilepsie (ICD-10: G40).*

*Die Leistung nach der Nr. 21230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 21231 und 21232 berechnungsfähig.*

**21231 Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung,
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Mindestens eine der im folgenden genannten Erkrankungen: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F20 Schizophrenie, F21 Borderline-Schizophrenie, F31-F34 Depression (nur F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F34.1), F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84 Autismus, F94.0 Mutismus,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

620 Punkte

*Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 21231.*

*Die Leistung nach der Nr. 21231 ist nicht berechnungsfähig bei der Diagnose Epilepsie (ICD-10: G40).*

*Die Leistung nach der Nr. 21231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 21230 und 21232 berechnungsfähig.*

**21232 Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Koordination
  - intra- und/oder extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
  - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
  - der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und/oder Laienhelfern

einmal im Behandlungsfall

485 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 21232 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 21230 und 21231 berechnungsfähig.*

**21.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen****21310 Elektroenzephalographische Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnung,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en)

590 Punkte

*Die für die Leistung nach der Nr. 21310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.*

*Die Leistung nach der Nr. 21310 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 21311 berechnungsfähig.*

**21311 Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-) Untersuchung***Obligater Leistungsinhalt*

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Provokation(en),
- Polygraphie

1360 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 21311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 21310 und 30900 berechnungsfähig.*

**21320 Elektronystagmo- / Okulographie, Blinkreflexprüfung***Obligater Leistungsinhalt*

- Elektronystagmo-/Okulographie und/oder
- Blinkreflexprüfung
- Ein- und/oder beidseitig

einmal im Behandlungsfall 300 Punkte

**21321 Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitige Untersuchung(en),

einmal im Behandlungsfall 635 Punkte

**21330 Konvulsionsbehandlung** unter Vollnarkose,

je Sitzung

250 Punkte

**21340 Testverfahren bei Demenzverdacht**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD),

einmal im Behandlungsfall 50 Punkte

## 22 Leistungen der Psychotherapeutischen Medizin (Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin)

### 22.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100, 01101, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01413, 01430, 01440, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323, 02360 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421 und 30800, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7 und 34.2 sowie Leistungen der Kapitel 32, 33 und 35.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 22.2 Psychotherapeutisch-medizinische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

22210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	225 Punkte
22211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	225 Punkte
22212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	225 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 22210 bis 22212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 22215 berechnungsfähig.*

#### **22215 Konsultationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 22215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 22210 bis 22212 berechnungsfähig.*

**22220 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

270 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 22210 bis 22212 und 22220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 22220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 22220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 22220.*

*Die Leistung nach der Nr. 22220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 22221 und 22222 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.*

**22221 Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychosomatisch und/oder psychopathologisch definierten Krankheitsbildes,
- Einbeziehung psychosozialer Gesichtspunkte,
- Leistung nach der Nr. 22220,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 22210 bis 22212 und 22221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 22221.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 22221 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 22221.*

*Die Leistung nach der Nr. 22221 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 22220 und 22222 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

#### **22222 Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 , höchstens 8 Teilnehmer,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

180 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 22210 bis 22212 und 22222 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 22222.*

*Die Leistung nach der Nr. 22222 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 22220 und 22221 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

#### **22230 Klinisch-neurologische Basisdiagnostik**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Reflexstatus,
- Prüfung der Motorik,
- Prüfung der Sensibilität,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prüfung der Funktion der Hirnnerven,
- Prüfung der Funktion des extrapyramidalen System,
- Prüfung des Vegetativums,
- Untersuchung der hirnersorgenden Gefäße,

einmal im Behandlungsfall

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 22230 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 und 35212 berechnungsfähig.*

## 23 Psychotherapeutische Leistungen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

### 23.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
  - Ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
  - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)
 berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100, 01101, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01413, 01430, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 02100, 02200, 02300, 02320, 02323, 02360 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 35111 bis 35113 und 35120, Leistungen der Abschnitte 30.1.1, 30.1.2, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 34.2, 35.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 23.2 Psychotherapeutische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

23210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	115 Punkte
23211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	115 Punkte
23212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	115 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23212 sind nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 23214 und 23215 berechnungsfähig.*

**23214 Ordinationskomplex für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung,

einmal im Behandlungsfall

510 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 23214 ist nur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach den §§ 5 Abs. 4 oder 6 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 23214 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23212 und 23215 berechnungsfähig.*

**23215 Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,
- je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 23215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23212 und 23214 berechnungsfähig.*

**23220 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

270 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 23210 bis 23212, 23214 und 23220 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr.*

23220.

*Die Leistung nach der Nr. 23220 ist nicht neben den Leistungen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.*

## 24 Radiologische Leistungen

### 24.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Diagnostische Radiologie berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01110, 01220 bis 01222, 01414, 01430, 01520, 01530, 01531, 01610, 01611, 01620, 01621, 01700, 01701, 01750 bis 01753, 01755 bis 01757, 02100, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341 und 02343.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Leistungen der Abschnitte 34.2, 34.3, 34.4, 34.5 und 34.6 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 24.2 Radiologische Grundleistungen

#### **Konsiliarkomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchung(en),
- Interpretation,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

24210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	135 Punkte
24211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	115 Punkte
24212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	135 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 24210 bis 24212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

## 25 Strahlentherapeutische Leistungen

### 25.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01110, 01220 bis 01222, 01414, 01430, 01610, 01611, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 02100, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330 und 02340 bis 02342.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Leistungen der Abschnitte 34.2, 34.3.6 und 34.4.6 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Eine Bestrahlungsfraction umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen bzw. Strahleneintrittsfelder. Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.
5. Je Bestrahlungssitzung sind höchstens 3 Zielvolumina, je Behandlungstag höchstens 2 Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Intervall von mindestens 6 Stunden berechnungsfähig. Die Zeiten sind auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.
6. Die Leistungen nach den Nrn. 25320 und 25321 sind grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen. Muss diese Dosis im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.
7. Die Leistungen nach den Nrn. 25340 bis 25342 sowie die Leistungen nach den Nrn. 34360 und 34460 können pro Zielvolumen einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. 25340 bis 25342 sowie nur eine der Leistungen nach den Nrn. 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Leistungen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, von Telegamma- auf Beschleunigertechnik, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumervolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden.

8. Radiologisch-diagnostische Verfahren des Kapitels 34 zur Bestrahlungsplanung nach den Nrn. 34360 und 34460 können unter laufender Strahlentherapie neben den Leistungen dieses Kapitels berechnet werden.
9. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

## 25.2 Strahlentherapeutische Grundleistungen

### 25210 Konsiliarkomplex bei gutartiger Erkrankung

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Krankheitsfall

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25214 berechnungsfähig.*

### 25211 Konsiliarkomplex bei bösartiger Erkrankung

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Krankheitsfall

1585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25214 berechnungsfähig.*

### 25213 Zuschlag zur Leistung nach den Nrn. 25210 und 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,

einmal im Krankheitsfall

225 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25213 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**25214 Konsiliarkomplex nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Geeignete Nachuntersuchung(en),
- Dokumentation(en),
- Einleitung einer geeigneten Behandlung

225 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25214 ist innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25214 ist mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung für weitere 4 Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 25210 und 25211 berechnungsfähig.*

## 25.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

### 25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl-, Orthovolt- oder Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV) oder Therapie bösartiger Erkrankungen mit einer Strahlqualität von weniger als 1 MeV

**25310 Weichstrahl-, Orthovolt- oder Hochvolttherapie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl-, Orthovolt-, Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV) oder Telekobalttherapie mit einem Focus-Achse-Abstand von mindestens 60 cm und/oder
- Therapie bösartiger Erkrankungen mit einer Strahlqualität von weniger als 1 MeV oder Telekobalttherapie mit einem Focus-Achse-Abstand von mindestens 60 cm,

je Behandlungstag

190 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 25.3.2 Hochvolttherapie bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

**25320 Bestrahlung mit Telekobaltgerät**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bestrahlung mit Telekobaltgerät, mit einem Focus-Achse-Abstand von mindestens 80 cm,

je Fraktion 520 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**25321 Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,**

je Fraktion 520 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**25322 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 25320 und 25321 bei Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern,**

je Fraktion 215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

**25323 Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 25321 bei Bestrahlung in 3-D-Technik** (auch stereotaktische, fraktionierte Bestrahlung von Gehirnläsionen) und/oder **Großfeld-** und/oder **Halbkörperbestrahlung,**

je Fraktion 345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25323 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

### 25.3.3 Brachytherapie

**25330 Moulagen- oder Flabtherapie,**

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden an äußeren oder inneren Körperoberflächen (Moulagen- oder Flabtherapie),
- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag 370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25340 bis 25342 berechnungsfähig.*

**25331 Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie**

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden - ausgenommen Gefäße -
  - in vorgeformten Körperhöhlen und/oder
  - in schlauchförmigen Organen (z. B. Ösophagus) und/oder

- Gängen,
- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag

940 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25331 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 25332 und 25333 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25340 bis 25342 berechnungsfähig.*

### 25332 Intrakavitäre vaginale Brachytherapie

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intrakavitäre vaginale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden,
- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag

535 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25332 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 25331 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25332 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 25333 und 25340 bis 25342 berechnungsfähig.*

### 25333 Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren

*Obligater Leistungsinhalt*

- Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestrahlungsplanungen,

je Behandlungstag

940 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25333 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 25331 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25333 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 25332 und 25340 bis 25342 berechnungsfähig.*

## 25.3.4 Bestrahlungsplanung

### 25340 Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Simulation(en)

695 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 25341 und 25342 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25340 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25330 bis 25333  
berechnungsfähig.*

25341 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane  
Bestrahlung mit individueller Dosisplanung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Simulation(en)

3140 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25341 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 25340 und 25342 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25341 ist im Behandlungsfall nicht neben den  
Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25330 bis 25333  
berechnungsfähig.*

25342 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane  
Bestrahlung mit individueller Dosisplanung **für irreguläre Felder mit  
individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren  
Feldern und/oder 3-D-Planung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Simulation(en)

4795 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 25342 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 25340 und 25341 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 25342 ist im Behandlungsfall nicht neben den  
Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 25330 bis 25333  
berechnungsfähig.*

## 26 Urologische Leistungen

### 26.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Urologie berechnet werden.
2. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100 bis 01102, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01731, 01734, 01740, 01820, 01821, 01850, 01851, 01853, 01854, 01950 bis 01952, 02100, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02301, 02302, 02310, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02360 und 02510 bis 02512.
3. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30111, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1.2, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.6, 34.2, 34.6, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 19310 bis 19312 berechnungsfähig.
5. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 26.2 Urologische Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Uroflowmetrie,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

26210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	180 Punkte
26211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	205 Punkte
26212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	295 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 26210 bis 26212 sind nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 26215 berechnungsfähig.*

**26215 Konsultationskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt,  
je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 26210 bis 26212 berechnungsfähig.*

- 26220 Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**, Dauer mindestens 10 Minuten,  
je vollendete 10 Minuten

225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 26210 bis 26212 und 26220 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 26220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 26220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 26220.*

## 26.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

**26310 Urethro(-zysto)skopie des Mannes**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Urethro(-zysto)skopie des Mannes,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en)
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien
- Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

1170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26310 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 26311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 26313 berechnungsfähig.*

**26311 Urethro(-zysto)skopie der Frau**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Urethro(-zysto)skopie der Frau,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en)
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

725 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26311 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 26310 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26311 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 26313 berechnungsfähig.*

**26312 Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung***Obligater Leistungsinhalt*

- Elektromanometrische Druckmessung der Urethra,
- Fortlaufende grafische Registrierung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Physikalische(r) Funktionstest(e)

785 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 26313 berechnungsfähig.*

**26313 Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung***Obligater Leistungsinhalt*

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,
- Messung des Abdominaldruckes,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 26310,
- Leistung nach der Nr. 26311,
- Leistung nach der Nr. 26312,
- Physikalische Funktionsteste,

einmal im Behandlungsfall

1605 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26313 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26313 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 26310 bis 26312 und 26340  
berechnungsfähig.*

**26320 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für die  
Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase

405 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26320 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**26321 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für die  
Durchführung von (einer) endoskopischen  
Harnleitersondierung(en)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopische Harnleitersondierung(en),
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen  
therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem  
Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem  
Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 26340,
- Nierenbeckenspülung(en),
- Einbringung von Medikamenten,
- Einbringung von Kontrastmitteln in das/die Nierenbecken und/oder  
den/die Harnleiter

350 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26321 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 02300 bis 02302, 26324 und 26350 bis 26352  
berechnungsfähig.*

**26322 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für  
das Einlegen einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Einlegen einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen  
therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem  
Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem  
Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

545 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26322 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 02300 bis 02302, 26323, 26324 und 26350 bis 26352  
berechnungsfähig.*

**26323 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für  
den Wechsel einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Wechsel einer Ureterverweilschiene mittels Endoskopie,

255 Punkte

- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

*Die Leistung nach der Nr. 26323 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 26322, 26324 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**26324 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für die endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

115 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26324 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 26321 bis 26323 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**26325 Wechsel eines Nierenfistelkatheters**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Wechsel eines Nierenfistelkatheters,
- Spülung,
- Katheterfixation

745 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26325 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26325 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 26330 berechnungsfähig.*

**26330 Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) von Harnsteinen,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Steinortung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 26322,
- Leistung nach der Nr. 26325,
- Leistungen des Kapitels 33,
- Leistungen des Kapitels 34,
- Prämedikation/Sedierung,
- In mehreren Sitzungen,

je behandelter Seite einmal im Krankheitsfall

13080 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 26330 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Stoßwellenlithotripsie sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 26330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 26325, 33042 bis 33044, 33081, 34243 bis 34245, 34255 bis 34257 und 34280 bis 34282 berechnungsfähig.*

#### 26340 Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung

215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 26313 berechnungsfähig.*

#### 26341 Prostatabiopsie

*Obligater Leistungsinhalt*

- Entnahme von mindestens 6 histologisch verwertbaren Biopsaten aus der Prostata bei Verdacht auf das Vorliegen bzw. zur Kontrolle eines Malignoms

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistung nach der Nr. 02340,
- Lokalanästhesie

455 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26341 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

#### 26350 Kleiner urologisch operativer Eingriff I

*Obligater Leistungsinhalt*

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder
- Primäre Wundversorgung,

einmal am Behandlungstag

195 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26351 und 26352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**26351 Kleiner urologisch operativer Eingriff II, primäre Wundversorgung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis und/oder
- Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung,

einmal am Behandlungstag

315 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 26351 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 und 26352 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26351 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

**26352 Kleiner urologisch operativer Eingriff III, primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,

einmal am Behandlungstag

585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 26352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr nach der Leistung Nr. 31271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein.*

*Die Leistung nach der Nr. 26352 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 und 26351 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 26352 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.*

## 27 Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin

### 27.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen Leistungen der physikalischen und rehabilitativen Medizin erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels abrechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Gebietsärzte, die die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und/oder Sozialmedizin führen, können auf deren Antrag die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen ihres arztgruppenspezifischen Kapitels nicht mehr berechnen.
4. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01100, 01101, 01110, 01220 bis 01222, 01410 bis 01414, 01420, 01430, 01440, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01950 bis 01952, 02100, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02400, 02500 und 02510 bis 02512.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800, 31900, 31930, 31941, 31942, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230, 35231, 35240 bis 35243 und 35245, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 34.2, 34.6, 35.1, 35.2.1, 35.2.2 und 35.3 sowie Leistungen der Kapitel 32 und 33.
6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen in den Absätzen 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

### 27.2 Physikalisch rehabilitative Grundleistungen

#### **Ordinationskomplex**

#### *Obligatorer Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

27210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	325 Punkte
27211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	325 Punkte
27212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	325 Punkte

*Die Leistungen nach den Nrn. 27210 bis 27212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 27215 berechnungsfähig.*

**27215 Konsultationskomplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

je Arzt-Patienten-Kontakt

45 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 27210 bis 27212 berechnungsfähig.*

27220	<b>Beratung, Erörterung und/oder Abklärung</b> , Dauer mindestens 10 Minuten,	
	je vollendete 10 Minuten	225 Punkte

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 27210 bis 27212 und 27220 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 27220.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 27220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 27220.*

**27.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen****27310 Funktioneller Ganzkörperstatus***Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung eines auf Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten bezogenen Ganzkörperstatus,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik nach der Nr. 27311,

einmal im Behandlungsfall

290 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01720 und 27311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 27310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 27332 und 27333 berechnungsfähig.*

### 27311 **Klinisch-neurologische Basisdiagnostik**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung des Reflexstatus,
- Prüfung der Motorik,
- Prüfung der Sensibilität,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prüfung der Funktion der Hirnnerven,
- Prüfung der Funktion des extrapyramidalen System,
- Prüfung des Vegetativums,
- Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße,

einmal im Behandlungsfall

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01711 bis 01719 und 27310 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 27311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 27332 und 27333 berechnungsfähig.*

### 27320 **Elektrokardiographische Untersuchung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 12 Ableitungen (Extremitäten und Brustwand)

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27320 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 27321 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 27320 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31622 bis 31629 berechnungsfähig.*

### 27321 **Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung,

einmal im Behandlungsfall

525 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27321 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 27320 berechnungsfähig.*

### 27322 **Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer**

170 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. **27322** setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

- 27323 Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 235 Punkte
- Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 27323 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-EKG-Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*
- 27324 Langzeit-Blutdruckmessung**
- Obligator Leistungsinhalt*
- Automatische Aufzeichnung,
  - Computergestützte Auswertung von mindestens 20 Stunden Dauer,
  - Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
  - Auswertung und Beurteilung des Befundes
- 195 Punkte
- 27330 Spirographische Untersuchung**
- Obligator Leistungsinhalt*
- Darstellung der Flussvolumenkurve,
  - In- und expiratorische Messung,
  - Graphische Registrierung
- 155 Punkte
- 27331 Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung**
- Obligator Leistungsinhalt*
- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden
  - und/oder
  - Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
  - Ein- und/oder beidseitig,
- einmal im Behandlungsfall 430 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 27331 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*
- 27332 Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie bei Struktur-, Funktions- und Fähigkeitsstörungen** des Bewegungssystems, des zentralen und peripheren Nervensystems und der inneren Organe
- Obligator Leistungsinhalt*
- Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie von Struktur- und Funktionsstörungen einschließlich der hieraus folgenden Einschränkungen von Aktivitäten bei Erkrankungen und Verletzungen,
  - Erläuterung der Zusammenhänge zwischen Funktionseinschränkungen und ggf. nachgewiesener Strukturstörungen sowie deren Auswirkungen auf berufliche und persönliche Aktivitäten/Fähigkeiten sowie auf die Teilhabe am

- persönlichen und sozialen Leben,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Therapiezielorientierte Erläuterung und Beratung zu den individuell unterschiedlich benötigten Behandlungselementen, insbesondere den ärztlichen Behandlungstechniken, der Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmitteltherapie sowie ggf. erforderlicher anderer Interventionen,
- Leistung nach der Nr. 27310

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einsatz standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (z. B. SF 36, FFbH, HAQ, Barthel-Index, Geriatric Depression Scale, Mini-Mental Status Examination (MMSE), Sozial Dysfunktion Rating Scale, NASS, Womac),
- Anleitung, Koordination und Schulung im Umgang mit den familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen und Folgen des entsprechenden Störungsbildes,
- Differenzialdiagnostische Erprobung des Einsatzes von Therapiemitteln der Heilmitteltherapie,
- Koordination des Behandlungsplanes mit den intra- und/oder extramural beteiligten Berufsgruppen,
- Anlage/Wechsel/Abnahme eines immobilisierenden Verbandes, funktionellen Tape-Verbandes, eines Schienenverbandes oder einer Orthese,
- Anleitung zur Durchführung eines Eigenübungs- oder Trainingsprogrammes,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Anleitung und Beratung zur Anpassung des Wohnraumes und/oder Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt, ggf. beteiligten anderen Fachärzten, Betriebs- oder Werksarzt und/oder ggf. der Behinderten-Einrichtung/Werkstatt,
- Leistung nach der Nr. 27311,

einmal im Behandlungsfall

1085 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27332 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 und 02350 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 27332 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 27310 und 27311 berechnungsfähig.*

27333 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 27332 für jede **weitere Untersuchung und Behandlung**,

höchstens dreimal im Behandlungsfall

175 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 27333 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 27310 und 27311 berechnungsfähig.*

## IV Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

### 30 Spezielle Versorgungsbereiche

#### 30.1 Allergologie

1. Die Leistungen dieses Abschnitts können - mit Ausnahme der Leistung nach der Nr. 30130 - nur von
  - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
  - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzteberechnet werden.
2. Die Leistung nach der Nr. 30130 kann von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.

##### 30.1.1 Allergie-Testungen

#### 30110 Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Spezifische allergologische Anamnese,
- Epikutan-Testung,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Hautfunktionsteste (z.B. Alkaliresistenzprüfung, Nitrazingelbstest),
- Bestimmung des Elektrolytgehalts durch Widerstandsmessung,
- ROAT-Testung (wiederholter offener Expositionstest),
- Okklusion,

einmal im Krankheitsfall

1655 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03340, 04340, 13250, 13258 und 30111 berechnungsfähig.*

#### 30111 Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnose und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I)

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Spezifische allergologische Anamnese,
- Prick-Testung  
und/oder
- Scratch-Testung  
und/oder
- Reibtestung  
und/oder
- Skarifikationstestung  
und/oder

- Intrakutan-Testung  
und/oder
  - Konjunktivaler Provokationstest  
und/oder
  - Nasaler Provokationstest,
  - Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle,
  - Überprüfung der lokalen Hautreaktion,
  - Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- einmal im Krankheitsfall

1200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03340, 04340, 13250, 13258 und 30110 berechnungsfähig.*

### 30.1.2 Provokations-Testungen

#### 30120 Rhinomanometrischer Provokationstest

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Nasaler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,
- je Test, höchstens zweimal am Behandlungstag

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03340, 04340, 13250 und 13258 berechnungsfähig.*

#### 30121 Subkutaner Provokationstest

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Subkutaner Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenallergenen,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,
- je Test, höchstens fünfmal im Behandlungsfall

435 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30121 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03340, 04340, 13250 und 13258 berechnungsfähig.*

**30122 Bronchialer Provokationstest***Obligater Leistungsinhalt*

- Bronchialer Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Mindestens zweimalige ganzkörperplethysmographische Untersuchungen,
- Nachbeobachtung von mindestens 3 Stunden Dauer,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Flussvolumenkurve jeweils vor und nach Provokationsstufen,
- Angabe des verwendeten Protokolls und Dokumentation des Testergebnisses,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,

je Test

1500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30122 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03340, 04340, 13250 und 13258 berechnungsfähig.*

**30123 Oraler Provokationstest***Obligater Leistungsinhalt*

- Oraler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Leerwert oder Trägersubstanz, Allergen) zur Ermittlung von allergischen oder pseudoallergischen Reaktionen auf nutritive Allergene oder Arzneimittel,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,

je Test

435 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30123 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03340, 04340, 13250 und 13258 berechnungsfähig.*

**30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung****30130 Hyposensibilisierungsbehandlung***Obligater Leistungsinhalt*

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

245 Punkte

*Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 30130 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.*

**30.2 Chirotherapie**

1. Die Berechnung der Leistungen dieses Abschnitts setzt eine besondere ärztliche Qualifikation - bei Erstantrag die

Zusatzbezeichnung Chirotherapie - und eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

2. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Leistung nach der Nr. 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.

### 30200 Chirotherapeutischer Eingriff

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken,
  - Dokumentation der Funktionsanalyse,
- je Sitzung

130 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30200 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 30201 berechnungsfähig.*

### 30201 Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Leistungsinhalt nach der Nr. 30200,
- je Sitzung

180 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30201 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30201 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 30200 berechnungsfähig.*

## 30.3 Neurophysiologische Übungsbehandlung

1. Die Leistungen dieses Abschnitts können nur von
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie,
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Orthopädie,
  - Vertragsärzten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten

oder Physiotherapeuten mit Qualifikation entsprechend der der Vertragsärzte) nachweisen können, berechnet werden.

2. Die Leistungen dieses Abschnittes sind nicht neben Leistungen des Abschnittes 30.4 berechnungsfähig.

### 30300 **Sensomotorische Übungsbehandlung** (Einzelbehandlung)

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Physikalische Maßnahmen,
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer 15 Minuten,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen
  - sensomotorisch und/oder
  - neurophysiologisch,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30300 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220, 14221, 14310, 14311, 21220, 21221 und 30301 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.*

### 30301 **Sensomotorische Übungsbehandlung** (Gruppenbehandlung)

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Physikalische Maßnahmen,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mit 2 bis 6 Teilnehmern,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen
  - sensomotorisch und/oder
  - neurophysiologisch,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

80 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30301 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220, 14221, 14310, 14311, 21220, 21221 und 30300 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.*

## 30.4 Physikalische Therapie

1. Die Leistungen dieses Abschnittes können nur von
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (ausschließlich Leistungen nach der Nr. 30401, 30430 und 30431),
  - Fachärzten für Orthopädie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ausschließlich Leistungen nach der Nr. 30410 und 30411),
  - Ärzten mit der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie,
  - Ärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, berechnet werden.
2. Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 30420 und 30421 setzt abweichend von 1. voraus, dass der entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mindestens die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast besitzt.
  3. Die Berechnung der Leistungen nach der Nr. 30430 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin hat.
  4. Die Berechnung des Zuschlages nach der Nr. 30431 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten hat.
  5. Die Leistungen dieses Abschnittes sind nicht neben Leistungen des Abschnittes 30.3 berechnungsfähig.
  6. Von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind die Leistungen nach den Nrn. 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 nicht berechnungsfähig.
  7. Von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sind die Leistungen nach den Nrn. 30400 bis 30402 und 30420, 30421, 30430 und 30431 nicht berechnungsfähig.

### 30400 **Massagetherapie**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Massagetherapie lokaler Gewebeveränderungen eines oder mehrerer Körperteile  
und/oder
- Manuelle Bindegewebsmassage  
und/oder
- Periostmassage  
und/oder
- Kolonmassage  
und/oder
- Manuelle Lymphdrainage

200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30400 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300, 30301, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

### 30401 **Intermittierende apparative Kompressionstherapie**

90 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30401 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

**30402 Unterwasserdruckstrahlmassage***Obligater Leistungsinhalt*

- Unterwasserdruckstrahlmassage,
- Wanneninhalt mindestens 400 l,
- Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Hydroelektrisches Vollbad ("Stangerbad")

260 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30402 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300, 30301, 30400, 30401, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

**30410 Atemgymnastik (Einzelbehandlung)***Obligater Leistungsinhalt*

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken

200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30410 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

**30411 Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)***Obligater Leistungsinhalt*

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Als Gruppenbehandlung mit mindestens 3 - 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

je Teilnehmer

90 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30411 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30420 und 30421 berechnungsfähig.*

**30420 Krankengymnastik (Einzelbehandlung)***Obligater Leistungsinhalt*

- Krankengymnastische Behandlung,
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30420 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08310, 26313, 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30421 berechnungsfähig.*

**30421 Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)***Obligater Leistungsinhalt*

- Krankengymnastische Behandlung mit 3 bis 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad,

je Teilnehmer und Sitzung

130 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30421 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08310, 26313, 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30420 berechnungsfähig.*

**30430 Selektive Phototherapie** mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums,

je Sitzung

140 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30430 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300 und 30301 berechnungsfähig.*

**30431 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie (z. B. PUVA)

95 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30431 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 30300 und 30301 berechnungsfähig.*

**30.5 Phlebologie**

Die Leistungen dieses Abschnitts können nur von

- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Innere Medizin,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie,

berechnet werden.

**30500 Phlebologischer Basiskomplex***Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen mit graphischer Registrierung und/oder
- Lichtreflexionsrheographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen,
- Doppler-sonographische Untersuchung(en) der Venen und/oder Arterien,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Doppler-sonographische Druckmessungen an den Extremitätenarterien,

- Thrombusspaltung einschließlich -expression,  
einmal im Behandlungsfall 395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30500 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 02311 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13300, 13550 und 33061 berechnungsfähig.*

### 30501 **Verödung von Varizen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verödung von Varizen,
  - Entstauer phlebologischer Funktionsverband,
- je Bein höchstens fünfmal im Behandlungsfall 220 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30501 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 02311 bis 02313 berechnungsfähig.*

## 30.6 Proktologie

Die Leistung nach der Nr. 30600 ist nur von

- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie,  
und
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin,  
Fachärzten für Frauenheilkunde und Fachärzten für Urologie, die  
einen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung  
genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können,  
berechnungsfähig.

### 30600 **Proktologischer Basiskomplex**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktoskopie,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Rektoskopie,
- Untersuchung mit dem Spreizspekulum,

einmal im Behandlungsfall 245 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30600 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03331, 04331, 13250 und 13257 berechnungsfähig.*

- 30610 **Behandlung(en) von Hämorrhoiden** im anorektalen Bereich durch Sklerosierung am anorektalen Übergang mittels Injektion,

höchstens viermal im Behandlungsfall

245 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30610 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 30611 berechnungsfähig.*

- 30611 **Entfernung von Hämorrhoiden** am anorektalen Übergang und/oder eines inneren Schleimhautvorfalls mittels elastischer Ligatur nach Barron,

höchstens viermal im Behandlungsfall

270 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30611 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302 und 30610 berechnungsfähig.*

### 30.7 Schmerztherapie

- 30710 Diagnostische und/oder therapeutische Anwendung von **Lokalanästhetika** zur Behandlung **funktioneller Störungen** und/oder zur **Schmerzbehandlung**

*Obligator Leistungsinhalt*

- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall, einmal im Behandlungsfall

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30710 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342, 02360 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

- 30711 **Infusion** von nach der **Betäubungsmittelverschreibungsverordnung** verschreibungspflichtigen **Analgetika** oder von **Lokalanästhetika** unter **systemischer** Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration

*Obligator Leistungsinhalt*

- Dauer mindestens 30 Minuten

300 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30711 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

- 30712 **Anleitung** des Patienten zur **Selbstanwendung** der **transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS)**

*Obligator Leistungsinhalt*

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps, je Sitzung

180 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30712 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**30720 Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis***Obligater Leistungsinhalt*

- Analgesie eines Hirnnerven an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (Nervus mandibularis am Foramen ovale, Nervus maxillaris am Foramen rotundum)
- oder
- Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri)

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder des betreffenden Ganglions berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30720 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**30721 Sympathikusblockade (Injektion) am zervikalen Grenzstrang***Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

570 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30721 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**30722 Sympathikusblockade (Injektion) am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang***Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30722 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**30723 Ganglionäre Opioid-Applikation,**

je Sitzung

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30723 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

30724 **Analgesie** eines oder mehrerer **Spinalnerven** und der **Rami communicantes** an den **Foramina intervertebralea**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30724 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

30730 **Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

1700 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30730 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

30731 **Plexusanalgesie** (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), **Spinal- oder Periduralanalgesie** (auch kaudal), **einzeitig** oder **mittels Katheter** (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Überwachung von bis zu 2 Stunden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,

je Sitzung

1800 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30731 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

30740 **Überprüfung** (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur **Langzeitanalgesie** angelegten **Plexus-, Peridural-** oder **Spinalkatheters** und/oder eines programmierbaren **Stimulationsgerätes** im Rahmen der Langzeitanalgesie

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandwechsel,

- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen oder implantierten  
Medikamentenpumpe,

je Sitzung

300 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30740 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**30750 Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schulung und Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Funktionskontrolle(n)

450 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30750 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02120 und 02342 berechnungsfähig.*

**30751 Langzeitanalgespasmolyse mit Auffüllen einer implantierten Medikamentenpumpe zur intrathekalen Dauerapplikation von Baclofen über mindestens 8 Stunden**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30751 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

**30760 Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Leistung nach Nr. 30711 oder nach Eintritt des dokumentierten vegetativen, ggf. sensiblen Effektes im Anschluss an die Leistungen nach den Nrn. 30721, 30722, 30724 und 30730**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung(en),
- Dauer mindestens 30 Minuten

450 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30760 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02342 und 31820 bis 31828 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.*

## 30.8 Soziotherapie

**30800 Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers durch den Vertragsarzt, der keine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie besitzt,
- Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Soziotherapie,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 3 Therapieeinheiten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überweisung zu einem soziotherapeutischen Leistungserbringer 180 Punkte

**30810 Erstverordnung Soziotherapie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur Soziotherapie von bis zu 30 Therapieeinheiten,
- Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Soziotherapie,
- Mithilfe bei der Auswahl des Soziotherapeuten,
- Mitwirkung bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anpassung des Betreuungsplanes nach verordneten Probestunden, einmal im Krankheitsfall 450 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30810 ist nur von Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30810 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.*

**30811 Folgeverordnung Soziotherapie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Überprüfung und Anpassung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes,
- Beobachtung und Abstimmung des Therapieverlaufs,
- Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Soziotherapie,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Folgeverordnung von bis zu 30 weiteren Einheiten Soziotherapie, je Sitzung 450 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 30811 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30811 ist nur von Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 30811 ist nur nach Genehmigung durch die*

*Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.*

## 30.9 Schlafstörungsdiagnostik

### 30900 **Kardiorespiratorische Polygraphie**

bei Patienten, bei denen die Anamnese und umfassende klinische Untersuchung einen begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer schlafbedingten obstruktiven Atmungsstörung (SBAS) ergeben hat

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mindestens 6-stündige Schlafphase,
- Computergestützte Auswertung der aufgezeichneten Befunde,
- Kontinuierliche simultane Registrierung von Atemfluss, Sauerstoffsättigung, Körperlage und Herzfrequenz,
- Dokumentation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Registrierung der abdominalen und thorakalen Bewegung mit Überdehnungs- oder Bewegungssensoren

800 Punkte

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 30900 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

*Die Leistung nach der Nr. 30900 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14321, 16314 und 21311 berechnungsfähig.*

## 31 Ambulante und belegärztliche Operationen, Anästhesien, präoperative Leistungen, postoperative Leistungen, orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

Ambulante oder belegärztliche Operationen sind in vier Abschnitte unterteilt:

- Der präoperative bzw. der präanästhesiologische Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die ambulante oder belegärztliche Operation vorzubereiten.
- Der operative Abschnitt, in der der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt.
- Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird.
- Der Abschnitt der postoperativen Behandlung vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag, der entweder vom Operateur oder auf Überweisung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgt.

### 31.1 Präoperative Untersuchungskomplexe

#### 31.1.1 Präoperative Untersuchungskomplexe

- Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen können nur von:
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Praktischen Ärzten,
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizinberechnet werden.

#### 31.1.2 Präoperative Untersuchungskomplexe

31010 Operationsvorbereitung für ambulante und belegärztliche Eingriffe **bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zur Vollendung des 12. Lebensjahrs**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung ggf. unter Einbeziehung einer Bezugsperson,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,

- Ärztlicher Brief nach Nr. 01601,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchungen nach den Nrn. 32083 bis 32086, 32115 und/oder 32100 bis 32106

einmal im Behandlungsfall

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31010 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 03310 bis 03312, 03320, 04310 bis 04312 und 04320 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 32.2 berechnungsfähig.*

**31011 Operationsvorbereitung** für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen **bis zum vollendeten 40. Lebensjahr**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief nach Nr. 01601

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen nach den Nrn. 32083 bis 32086, 32115 und/oder 32100 bis 32106

einmal im Behandlungsfall

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31011 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 03310 bis 03312, 03320, 04310 bis 04312 und 04320 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 32.2 berechnungsfähig.*

**31012 Operationsvorbereitung** bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 40. Lebensjahr** bis zur Vollendung **des 60. Lebensjahrs**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Dokumentation und/oder schriftliche Befundmitteilung für den

- Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief nach Nr. 01601,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchung nach den/der Nrn. 32083 bis 32086, 32115 und/oder 32100 bis 32106

einmal im Behandlungsfall

940 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31012 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 03310 bis 03312, 03320, 04310 bis 04312 und 04320 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 32.2 berechnungsfähig.*

### 31013 Operationvorbereitung bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 60. Lebensjahres**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Beratung und Erörterung,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen nach den Nrn. 32115 und/oder 32100 bis 32106,
- Dokumentation und Befundmitteilung an den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief nach Nr. 01601,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Laboruntersuchungen nach den Nrn. 32083 bis 32086,
- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Weiterführende Labordiagnostik der Leistungen des Abschnitts 32.2,
- Spirographische Untersuchung mit Darstellung der Flußvolumenkurve, einschl. in- und expiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

1030 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31013 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 03310 bis 03312, 03320, 03330, 04310 bis 04312 und 04320 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 32.2 berechnungsfähig.*

## 31.2 Ambulante und belegärztliche Operationen

### 31.2.1 Präambel

1. Als ambulante oder belegärztliche Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in

- Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-301 Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandsleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut, fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Leistungen des Abschnittes 31.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und sich der Vertragsarzt gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt hat oder einen Vertrag zur Abrechnung belegärztlicher Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen nachweist.
  3. Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben, definiert sich nicht durch den Inhalt dieses Abschnittes, sondern durch den Vertrag nach § 115b SGB V.
  4. Der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist sind verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation bzw. der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben und die erforderliche Aufklärung, Einverständniserklärung und Dokumentation erfolgt sind.
  5. Die Leistungen des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt, Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt.
  6. Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine zu dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache zwischen dem Operateur, dem ggf. beteiligten Anästhesisten und dem weiterbetreuenden Arzt.
  7. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 301 SGB V (OPS-301) zu den Leistungskomplexen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Leistungskomplexe zu Unterabschnitten des Abschnittes 31.2 ist nicht gebietsspezifisch. Nur die im Anhang 2 aufgeführten ambulanten und belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09360 bis 09362, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 abgerechnet.
  8. In einen Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag können vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die Leistungen nach den Nummern 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01414, 01602 bis 01623, 01710 bis 01721, 01770, 01772 bis 01815, 01820 bis 01850, 01950 bis 01952, die arztgruppenspezifische Ordinations- und

Konsultationskomplexe, Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte 31.3, 31.4, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie Kostenerstattungen des Kapitels 40 abgerechnet werden.

9. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der/s OPS-301-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.
10. Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall erfolgt ein Abschlag von der Punktsomme der technischen Leistung in Höhe von 60 %.

### 31.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

Die Berechnung dermato-chirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.

#### 31101 **Deratochirurgischer Eingriff** der Kategorie A1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

1915 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31101 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31101 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

#### 31102 **Deratochirurgischer Eingriff** der Kategorie A2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3120 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31102 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31102 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

#### 31103 **Deratochirurgischer Eingriff** der Kategorie A3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4460 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31103 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31103 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31104 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A4*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6000 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31104 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31104 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31105 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A5*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7905 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31105 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31105 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31106 Dermatologischer Eingriff** der Kategorie A6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 9980 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31106 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31106 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31107 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 10950 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31107 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31107 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31108 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31101 bis 31106 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung 31107

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

990 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31108 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31111 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 2160 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31111 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31111 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31112 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3485 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31112 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31112 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31113 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5100 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31113 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31113 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31114 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6760 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31114 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31114 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31115 Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9155 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31115 kann für die*

*postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31115 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31116 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11485 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31116 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31116 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31117 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12285 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31117 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31117 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31118 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31111 bis 31116 bei Simultaneingriffen sowie zur Leistung nach Nr. 31117

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1140 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31118 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

## 31.2.3 **Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie**

Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **'Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum'**

**(OPS-301:5-401.c)** die Vergütung durch Anrechnung der Leistung nach der Nr. 31121 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 31128 (jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch Op-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

**31121 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2080 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31121 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31121 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31122 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3355 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31122 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31122 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31123 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4825 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31123 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31616 oder 31617 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31123 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31124 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6350 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31124 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31124 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31125 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8515 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31125 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31125 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31126 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie C6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10855 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31126 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31126 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31127 Eingriff an den Extremitäten** der Kategorie C7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie

C7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11830 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31127 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31127 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

- 31128 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach Nr. 31127

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1090 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31128 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken

- 31131 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2630 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31131 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31131 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

- 31132 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4250 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31132 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31132 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31133 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5985 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31133 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31616 oder 31617 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31133 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31134 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7740 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31134 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31134 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31135 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11415 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31135 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31135 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31136 Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13910 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31136 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31136 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31137 Eingriff an Kochen und Gelenken** der Kategorie D7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff an den Extremitäten der Kategorie D7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

15310 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31137 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31137 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31138 Zuschlag** zu den Leistungen mit den Nrn. 31131 bis 31136 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach Nr. 31137

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31138 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31.2.5 Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)**

Bei arthroskopischen Operationen ist die Videodokumentation (Tape oder Print) des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der Leistungen.

**31141 Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3410 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31141 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die*

*postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31141 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31142 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4905 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31142 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31142 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31143 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6905 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31143 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31616 oder 31617 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31143 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31144 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9085 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31144 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31144 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31145 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11800 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31145 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31145 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31146 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

14750 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31146 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31146 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31147 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

16160 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31147 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31147 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31148 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31141 bis 31146 sowie zu der Leistung nach Nr. 31147

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1405 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31148 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31.2.6 Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe

**31151 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F1*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2040 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31151 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31151 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31152 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F2*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3345 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31152 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31152 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31153 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F3*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4820 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31153 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31153 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31154 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F4*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6260 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31154 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31154 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31155 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8380 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31155 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31155 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31156 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10640 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31156 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31156 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31157 Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11460 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31606 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31157 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31158 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31151 bis 31156 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach Nr. 31157

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll der den OP-Bericht

1085 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31158 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31161 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2640 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31161 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31161 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31162 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3885 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31162 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31162 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31163 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5315 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31163 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31163 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31164 Endoskopische Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7000 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31164 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31164 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31165 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9020 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31165 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31165 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31166 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11270 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31166 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31166 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31167 Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11955 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31167 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31167 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31168 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31161 bis 31166 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach Nr. 31167

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht

1035 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31168 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31171 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2685 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31171 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31622 oder 31623 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31171 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31172 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3810 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31172 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31624 oder 31625*

berechnet werden.

Die Leistung nach der Nr. 31172 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.

**31173 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4780 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31173 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31624 oder 31625 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31173 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31174 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6125 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31174 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31626 oder 31627 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31174 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31175 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8360 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31175 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31626 oder 31627 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31175 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31176 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10725 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31176 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31628 oder 31629 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31176 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31177 Proktologischer Eingriff** der Kategorie H7*Obligater Leistungsinhalt*

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11405 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31177 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31628 oder 31629 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31177 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31178 Zuschlag** zu der Leistungen nach den Nrn. 31171 bis 31176 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach Nr. 31177*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht

1025 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31178 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31.2.7 Definierte operative Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie****31181 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I1*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4765 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31181 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31181 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31182 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I2*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5820 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31182 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31182 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31183 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I3*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6830 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31183 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31183 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31184 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I4*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8350 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31184 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31184 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31185 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I5*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11910 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31185 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31185 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31186 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

14275 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31186 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31186 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31187 Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

15095 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31187 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31187 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31188 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31181 bis 31186 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach Nr. 31187

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht

1230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31188 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31191 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4440 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31191 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31191 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31192 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5580 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31192 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31192 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31193 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6725 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31193 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31193 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31194 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8425 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31194 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31194 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31195 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10805 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31195 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611*

*berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31195 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31196 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13170 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31196 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31196 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31197 Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13990 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31197 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31197 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31198 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31191 bis 31196 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach Nr. 31197

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht

1230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31198 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31201 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2720 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31201 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die*

*postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31630 oder 31631 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31201 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31202 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3895 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31202 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31632 oder 31633 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31202 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31203 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4855 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31203 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31632 oder 31633 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31203 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31204 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6490 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31204 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31634 oder 31635 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31204 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31205 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K5*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8835 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31205 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31634 oder 31635 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31205 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31206 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11005 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31206 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31636 oder 31637 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31206 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31207 Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K7*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11915 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31207 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31636 oder 31637 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31207 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31208 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31201 bis 31206 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach Nr. 31207*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder

1045 Punkte

den Op-Bericht

*Die Leistung nach der Nr. 31208 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31211 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3410 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31211 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31211 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31212 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4430 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31212 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31212 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31213 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5800 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31213 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31213 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31214 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7350 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31214 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31214 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31215 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L5*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9885 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31215 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31215 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31216 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12150 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31216 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31216 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31217 Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems** der Kategorie L7*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12925 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31217 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31217 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

- 31218 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31211 bis 31216 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach Nr. 31217

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31218 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31.2.8 Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie

Die Extraktion von bis zu 4 einwurzeligen Zähnen oder bis zu 2 mehrwurzeligen Zähnen oder von 1 mehrwurzeligen und bis zu 2 einwurzeligen Zähnen muß nach den Leistungen nach den Nr. 1540 bis 1543 abgerechnet werden.

- 31221 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

1925 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31221 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31643 oder 31644 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31221 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

- 31222 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3135 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31222 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31643 oder 31644 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31222 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31223 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M3*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4560 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31223 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31645 oder 31646 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31223 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31224 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M4*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6235 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31224 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31647 oder 31648 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31224 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31225 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M5*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8280 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31225 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31647 oder 31648 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31225 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31226 Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10915 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31226 kann für die*

*postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31649 oder 31650 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31226 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31227 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11610 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31227 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31649 oder 31650 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31227 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31228 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31221 bis 31226 bei Simultaneingriffen und zur Leistung nach Nr. 31227

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

965 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31228 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

## 31.2.9 Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie

### 31231 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2155 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31231 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31656 oder 31657 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31231 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31232 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 3475 Punkte
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31232 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31658 oder 31659 berechnet werden.*
- Die Leistung nach der Nr. 31232 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31233 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N3
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 5055 Punkte
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31233 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31658 oder 31659 berechnet werden.*
- Die Leistung nach der Nr. 31233 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31234 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N4
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N4 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 6915 Punkte
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31234 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31660 oder 31661 berechnet werden.*
- Die Leistung nach der Nr. 31234 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31235 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N5
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N5 entsprechend Anhang 2
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 9255 Punkte
- Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31235 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31660 oder 31661 berechnet werden.*
- Die Leistung nach der Nr. 31235 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

31236 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11880 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31236 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31662 oder 31663 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31236 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

31237 Definierte operative Eingriffe der **HNO-Chirurgie** der Kategorie N7*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12640 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31237 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31662 oder 31663 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31237 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

## 31238 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31231 bis 31236 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31237

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1085 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31238 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie**

Eingriffe, die nach den OPS-301-Codes **5-010.00 bis 5-010.14** sowie **5-030.40 bis 5-032.42** codiert werden, sind nur als selbstständige Leistung abrechenbar.

31241 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O1*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

1990 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31241 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die*

*postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31241 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31242 Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3210 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31242 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31614 oder 31615 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31242 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31243 Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4590 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31243 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31616 oder 31617 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31243 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31244 Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6280 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31244 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31244 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31245 Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O5 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 8495 Punkte
  - Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31245 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31618 oder 31619 berechnet werden.*
  - Die Leistung nach der Nr. 31245 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31246 Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O6
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O6 entsprechend Anhang 2
  - Fakultativer Leistungsinhalt*
  - ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 10725 Punkte
  - Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31246 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*
  - Die Leistung nach der Nr. 31246 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31247 Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O7
- Obligater Leistungsinhalt*
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O7 entsprechend Anhang 2
  - Fakultativer Leistungsinhalt*
  - ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 11660 Punkte
  - Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31247 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31620 oder 31621 berechnet werden.*
  - Die Leistung nach der Nr. 31247 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31248 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31241 bis 31246 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31247 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit
- Obligater Leistungsinhalt*
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht 1025 Punkte
  - Die Leistung nach der Nr. 31248 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
- 31251 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3755 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31251 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31669 oder 31670 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31251 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31252 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P2*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4910 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31252 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31669 oder 31670 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31252 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31253 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P3*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6105 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31253 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31671 oder 31672 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31253 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31254 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P4*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7785 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31254 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31673 oder 31674 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31254 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31255 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10145 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31255 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31673 oder 31674 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31255 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31256 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13030 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31256 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31675 oder 31676 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31256 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31257 Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13835 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31257 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31675 oder 31676 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31257 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31258 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31251 bis 31256 bei Simultaneingriffen und zur Leistung nach der Nr. 31257 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1215 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31258 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31261 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7555 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31261 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31669 oder 31670 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31261 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31262 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8640 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31262 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31669 oder 31670 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31262 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31263 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9720 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31263 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31671 oder 31672 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31263 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31264 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11330 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31264 kann für die*

*postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31673 oder 31674 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31264 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31265 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13575 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31265 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31673 oder 31674 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31265 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31266 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

15815 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31266 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31675 oder 31676 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31266 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31267 Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

16585 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31267 kann für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31675 oder 31676 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31267 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31268 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31261 bis 31266 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach Nr. 31267 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,

1155 Punkte

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

*Die Leistung nach der Nr. 31268 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem

Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **'Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion (OPS-301: 5-573.4) und 'Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion (OPS-301: 5-601.0)** die Vergütung durch Anrechnung der Leistung nach der Nr. 31281 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 31288 (je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch Op-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

#### 31271 Urologischer Eingriff der Kategorie Q1

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2265 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31271 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31601 oder 31602 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31271 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

#### 31272 Urologischer Eingriff der Kategorie Q2

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3705 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31272 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31272 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

#### 31273 Urologischer Eingriff der Kategorie Q3

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5370 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31273 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31608 oder 31609 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31273 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31274 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7240 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31274 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31274 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31275 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9605 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31275 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31610 oder 31611 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31275 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31276 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12370 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31276 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31276 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31277 Urologischer Eingriff** der Kategorie Q7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13270 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31277 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31612 oder 31613 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31277 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31278 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31271 bis 31276 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31277 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31278 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31281 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2860 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31281 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31682 oder 31683 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31281 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31282 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4245 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31282 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die*

*postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31684 oder 31685 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31282 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31283 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5915 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31283 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31684 oder 31685 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31283 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31284 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7785 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31284 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31686 oder 31687 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31284 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31285 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10035 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31285 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31686 oder 31687 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31285 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31286 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12535 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31286 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31688 oder 31689 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31286 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31287 Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13300 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31287 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31688 oder 31689 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31287 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31288 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31281 bis 31286 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach Nr. 31287 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1150 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31288 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31291 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR1 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2860 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31291 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31682 oder 31683 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31291 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31292 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR2 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4245 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31292 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31684 oder 31685 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31292 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31293 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR3 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5915 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31293 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31684 oder 31685 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31293 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31294 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR4 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7785 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31294 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31686 oder 31687 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31294 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31295 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR5 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10145 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31295 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31686 oder 31687 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31295 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31296 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR6 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12910 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31296 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31688 oder 31689 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31296 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31297 (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR7 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13810 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31297 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31688 oder 31689 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31297 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

31298 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31291 bis 31296 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31297 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31298 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie

31301 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2180 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31301 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31695 oder 31696 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31301 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

31302 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3245 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31302 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31697 oder 31698 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31302 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

31303 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4060 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31303 kann für die*

*postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31697 oder 31698 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31303 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31304 Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5235 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31304 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31699 oder 31700 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31304 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31305 Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7010 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31305 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31699 oder 31700 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31305 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31306 Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8985 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31306 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31701 oder 31702 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31306 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31307 Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S7 entsprechend Anhang 2  
*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 9660 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31307 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31701 oder 31702 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31307 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
  
- 31308 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31301 bis 31306 und zu der Leistung nach der Nr. 31307 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
  - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht 870 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31308 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
  
- 31311 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T1  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie T1 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 2810 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31311 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31695 oder 31696 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31311 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
  
- 31312 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T2  
*Obligater Leistungsinhalt*
  - Chirurgischer Eingriff der Kategorie T2 entsprechend Anhang 2*Fakultativer Leistungsinhalt*
  - ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 4175 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31312 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31697 oder 31698 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31312 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*
  
- 31313 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5815 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31313 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31697 oder 31698 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31313 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31314 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T4*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

7655 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31314 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31699 oder 31700 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31314 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31315 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T5*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

9870 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31315 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31699 oder 31700 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31315 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31316 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

12330 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31316 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31701 oder 31702*

berechnet werden.

*Die Leistung nach der Nr. 31316 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31317 Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

13080 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31317 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31701 oder 31702 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31317 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31318 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31311 bis 31316 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31317 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere 15 Minuten
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1130 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31318 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

## 31.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie

### 31321 Extraocularer Eingriff der Kategorie U1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2020 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32280 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31708 oder 31709 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31321 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31322 Extraocularer Eingriff der Kategorie U2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 3155 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32281 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31708 oder 31709 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31322 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31323 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 4625 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32282 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31710 oder 31711 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31323 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31324 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 6175 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32283 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31712 oder 31713 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31324 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31325 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt 8210 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32284 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31712 oder 31713 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31325 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31326 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U6*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10925 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32285 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31714 oder 31715 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31326 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31327 Extraocularer Eingriff** der Kategorie U7*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11650 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32286 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31714 oder 31715 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31327 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31328 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31321 bis 31326 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach Nr. 31327 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1040 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31328 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31331 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V1*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3815 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32320 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31716 oder 31717 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31331 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31332 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4865 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32321 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31718 oder 31719 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31332 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31333 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V3

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6160 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32322 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31718 oder 31719 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31333 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31334 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V4

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8160 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32323 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31720 oder 31721 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31334 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31335 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

11230 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32324 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31720 oder 31721 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31335 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31336 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

14605 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32325 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31722 oder 31723 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31336 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31337 Intraocularer Eingriff** der Kategorie V7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

15570 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 32326 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31722 oder 31723 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31337 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31338 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31331 bis 31336 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31337 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den Op-Bericht

1395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31338 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31341 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W1 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

1655 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31341 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31501, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31724 oder 31725 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31341 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31342 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W2*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W2 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2550 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31342 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31501, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31726 oder 31727 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31342 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31343 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W3*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W3 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

3275 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31343 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31726 oder 31727 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31343 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31344 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W4*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W4 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

4365 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31344 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31504, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31728 oder 31729 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31344 ist am Behandlungstag nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31345 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W5

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W5 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

5905 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31345 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31505, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31728 oder 31729 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31345 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31346 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W6

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W6 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8010 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31346 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31506, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31730 oder 31731 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31346 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31347 Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W7

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W7 entsprechend Anhang 2

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8520 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31347 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31507, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31730 oder 31731 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31347 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

**31348 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31341 bis 31346 bei Simultaneingriffen und zu der Leistung nach der Nr. 31347 je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder

770 Punkte

den Op-Bericht

*Die Leistung nach der Nr. 31348 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31350 Intraocularer Eingriff der Kategorie X1

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V1 entsprechend Anhang 2 bei Durchführung als Phakoemulsifikation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

8900 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31350 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31502, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31716 oder 31717 berechnet werden*

*Die Leistung nach der Nr. 31350 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

### 31351 Intraocularer Eingriff der Kategorie X2

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V2 entsprechend Anhang 2 bei Durchführung als Phakoemulsifikation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

10865 Punkte

*Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31351 kann für die postoperative Überwachung die Leistung nach der Nr. 31503, für die postoperative Behandlung die Leistung nach der Nr. 31718 oder 31719 berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 31351 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 31920 berechnungsfähig.*

## 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen des Abschnittes 31.2

### 31.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2, die nachfolgend eine Überwachung nach den Leistungen des Abschnitts 31.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Leistungen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechnet.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Leistungen können die Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01531, 01857, 01914, 02100, 02120, 02323, 04333, 32247 und 34502 nicht abgerechnet werden.
3. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren

Anschluss an die ambulante Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 abrechenbar.

### 31.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung einer Leistung des Abschnittes 31.2

- 31501 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Leistung nach der Nr. 31121) oder einer Leistung nach den Nrn. 31341 oder 31342.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontroll von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

355 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31501 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

- 31502 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31101, 31111, 31121, 31131, 31141, 31221, 31231, 31241, 31271, 31281, 31301, 31321, 31331 oder 31350 (außer Biopsieleistungen der Kategorie C1)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontroll von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

650 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31502 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

- 31503 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31151, 31152, 31161, 31162, 31171, 31172, 31201, 31202, 31211, 31212, 31222, 31232, 31242, 31272, 31282, 31291, 31292, 31302, 31311, 31312, 31322, 31332 oder 31351.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

1305 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31503 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

**31504 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31103, 31104, 31113, 31114, 31123, 31124, 31133, 31134, 31143, 31144, 31181 , 31182 , 31191 , 31192 , 31223, 31224, 31233, 31234, 31243, 31244, 31251 , 31252 , 31261, 31262, 31323, 31324, 31333, 31334, 31343 oder 31344

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

1890 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31504 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

**31505 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31153 , 31154 , 31163 , 31164 , 31173 , 31174 , 31203 , 31204 , 31213 , 31214 , 31225, 31235, 31245, 31273 , 31274 , 31283 , 31284 , 31293 , 31294 , 31303, 31304, 31313, 31314, 31325, 31335 oder 31345

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

2600 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31505 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

**31506 Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31106, 31116, 31126, 31136, 31146, 31155, 31165, 31175, 31205, 31215, 31226, 31236, 31246, 31275, 31285, 31295, 31305, 31315, 31326, 31336 oder 31346

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

3770 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31506 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

31507 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31156 , 31157 , 31166 , 31167 , 31176 , 31177 , 31206 , 31207 , 31216 , 31217 , 31227, 31237, 31247, 31276 , 31277 , 31286 , 31287 , 31296 , 31297 , 31306, 31307, 31316, 31317, 31327, 31337 oder 31347

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusionstherapie,
- Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring,

5005 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31507 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 05350 berechnungsfähig.*

## 31.4 Postoperative Behandlungskomplexe

### 31.4.1 Präambel

1. Die Leistungen des Abschnittes 31.4.2 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 berechnet werden.
2. Entwurf:
  - Bei der Berechnung der Leistungen dieses Abschnittes nach kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall erfolgt ein Abschlag von der Punktsumme in Höhe von 50 %.
3. In einem Zeitraum von 21 Tagen, beginnend mit dem Operationstag, kann nur einmalig ein Behandlungskomplex des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.
4. Haben an der Erbringung einer Leistung des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Leistung des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
5. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff.

### 31.4.2 Postoperative Behandlungskomplexe

31601 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31101, 31111,31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211 oder 31271 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

350 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31601 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31602 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31101, 31111, 31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211 oder 31271 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31602 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31608 Postoperative Behandlung** nach Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31102, 31103, 31112, 31113, 31152, 31153, 31162, 31163, 31182, 31183, 31192, 31193, 31212, 31213, 31272 oder 31253 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des

580 Punkte

## Abschnitts 31.2

*Die Leistung nach der Nr. 31608 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31609 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31102, 31103, 31112, 31113, 31152, 31153, 31162, 31163, 31182, 31183, 31192, 31193, 31212, 31213, 31272 oder 31253 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31609 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31610 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31610 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach*

*Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31611 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

580 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31611 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31612 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31106, 31107, 31116, 31117, 31156, 31157, 31166, 31167, 31186, 31187, 31196, 31197, 31216, 31217, 31276 oder 31277 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Schmerztherapie,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

880 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31612 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360*

*bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31613 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31106, 31107, 31116, 31117, 31156, 31157, 31166, 31167, 31186, 31187, 31196, 31197, 31216, 31217, 31276 oder 31277 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Schmerztherapie,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31613 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31614 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31121, 31122, 31131, 31132, 31142, 31241 oder 31242 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes
- Drainagewechsel
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

415 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31614 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31614 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341,*

02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

**31615 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31121, 31122, 31131, 31132, 31142, 31241 oder 31242 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes
- Drainagewechsel
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

265 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31615 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31615 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31616 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31123, 31133, 31143 oder 31243 bei Überweisung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

675 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31616 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31616 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31617 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31123, 31133, 31143 oder 31243 bei Erbringung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

525 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31617 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31617 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31618 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31124, 31125, 31134, 31135, 31144, 31145, 31244 oder 31245 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

870 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31618 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31618 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31619 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31124, 31125, 31134, 31135, 31144, 31145, 31244 oder 31245 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

725 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31619 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31619 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31620 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31126, 31127, 31136, 31137, 31146, 31147, 31246 oder 31247 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

1020 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31620 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31620 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31621 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31126, 31127, 31136, 31137, 31146, 31147, 31246 oder 31247 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

875 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31621 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02350 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 18.3 und 7.3 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31621 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 16313, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31622 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31171 bei Überweisung durch den Operateur

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n)
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,

- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31622 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31622 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31623 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31171 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n)
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

280 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31623 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31623 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31624 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31172 oder 31173 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandwechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie  
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des  
Abschnitts 31.2

615 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31624 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31624 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach  
Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den  
Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341,  
02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360  
bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340  
und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31625 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach  
den Nrn. 31172 oder 31173 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des  
Abschnitts 31.2

465 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31625 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31625 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach  
Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den  
Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341,  
02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360  
bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340  
und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31626 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach  
den Nrn. 31174 oder 31175 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

810 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31626 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31626 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31627 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31174 oder 31175 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

665 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31627 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31627 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31628 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31176 oder 31177 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n)
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des

960 Punkte

## Abschnitts 31.2

*Die Leistung nach der Nr. 31628 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31628 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31629 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31176 oder 31177 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n)
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- EKG-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

815 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31629 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03320 und 27320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31629 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31630 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31201 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31630 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31630 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31631 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31201 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

280 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31631 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31631 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31632 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31202 oder 31203 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des

615 Punkte

## Abschnitts 31.2

*Die Leistung nach der Nr. 31632 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31632 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31633 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31202 oder 31203 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

465 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31633 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31633 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31634 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistungen nach den Nrn. 31204 oder 31205 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographie-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,

- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

810 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31634 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31634 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31635 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31204 oder 31205 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographie-Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

665 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31635 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31635 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31636 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31206 oder 31207 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

960 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31636 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31636 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31637 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31206 oder 31207 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

815 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31637 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 07320 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31637 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.*

**31643 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31221 oder 31222 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,

- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

350 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31643 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31644 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31221 oder 31222 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31644 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 15323, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31645 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31223 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

580 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31645 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31646 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31223 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31646 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31647 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31224 oder 31225 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31647 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31648 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31224 oder 31225 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

580 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31648 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31649 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31226 oder 31227 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

880 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31649 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31650 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31226 oder 31227 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31650 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31656 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31231 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

375 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31656 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31657 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31231 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31657 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31658 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31232 oder 31233 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31658 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31659 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31232 oder 31233 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

585 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31659 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31660 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31234 oder 31235 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

890 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31660 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31661 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31234 oder 31235 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31661 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31662 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31236 oder 31237 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

1115 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31662 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31663 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31236 oder 31237 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

965 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31663 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31669 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31251 , 31252, 31261 oder 31262 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

350 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31669 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31670 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31251, 31252, 31261 oder 31262 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31670 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31671 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31253 oder 31263 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

580 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31671 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31672 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31253 oder 31263 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

430 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31672 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31673 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31254, 31255, 31264 oder 31265 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31673 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31674 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31254, 31255, 31264 oder 31265 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

580 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31674 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31675 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31256, 31257, 31266 oder 31267 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

880 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31675 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31676 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31256, 31257, 31266 oder 31267 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

730 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31676 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

31682 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31281 oder 31291 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie  
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des  
Abschnitts 31.2

420 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31682 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31682 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach  
Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den  
Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360,  
06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und  
26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31683 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach  
den Nrn. 31281 oder 31291 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des  
Abschnitts 31.2

270 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31683 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31683 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach  
Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den  
Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360,  
06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und  
26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

- 31684 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach  
den Nrn. 31282, 31283, 31292 oder 31293 bei Überweisung durch den  
Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des  
Abschnitts 31.2

705 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31684 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31684 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31685 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31282, 31283, 31292 oder 31293 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

550 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31685 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31685 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31686 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31284, 31285, 31294 oder 31295 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

845 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31686 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31686 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31687 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31284, 31285, 31294 oder 31295 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

695 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31687 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31687 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31688 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31286, 31287, 31296 oder 31297 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

950 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31688 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31688 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31689 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31286, 31287, 31296 oder 31297 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

800 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31689 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31689 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31695 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31301 oder 31311 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

410 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31695 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31695 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350*

*bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

**31696 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31301 oder 31311 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

265 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31696 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31696 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

**31697 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31302, 31303, 31312 oder 31313 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

810 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31697 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31697 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31698 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31302, 31303, 31312 oder 31313 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

665 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31698 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31698 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31699 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31304, 31305, 31314 oder 31315 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

1045 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31699 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31699 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31700 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach

den Nrn. 31304, 31305, 31314 oder 31315 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

895 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31700 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31700 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31701 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31306, 31307, 31316 oder 31317 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

1330 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31701 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31701 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

31702 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31306, 31307, 31316 oder 31317 bei Erbringung durch den

Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

1185 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31702 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Kapitels 33 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31702 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.*

**31708 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31321 oder 31322 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

375 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31708 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31708 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31709 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31321 oder 31322 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31709 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31709 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31710 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31323 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

605 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31710 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31710 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31711 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31323 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

455 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31711 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31711 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach*

*Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31712 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31324 oder 31325 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

770 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31712 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31712 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31713 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31324 oder 31325 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

625 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31713 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31713 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31714 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31326 oder 31327 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

880 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31714 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31714 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31715 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31326 oder 31327 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

735 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31715 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31715 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31716 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31331 oder 31350 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

525 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31716 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31716 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31717 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31331 oder 31350 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31717 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31717 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31718 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

825 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31718 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31718 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31719 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

680 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31719 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31719 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31720 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31334 oder 31335 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

990 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31720 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31720 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31721 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31334 oder 31335 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

845 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31721 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31721 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31722 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31336 oder 31337 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

1110 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31722 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31722 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31723 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31336 oder 31337 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,

- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

960 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31723 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31723 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31724 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31341 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

310 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31724 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31724 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31725 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31341 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

165 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31725 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31725 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach*

*Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31726 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31342 oder 31343 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

310 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31726 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31726 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31727 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31342 oder 31343 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

165 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31727 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31727 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31728 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31344 oder 31345 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

415 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31728 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31728 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31729 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31344 oder 31345 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

270 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31729 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31729 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31730 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31346 oder 31347 bei Überweisung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

520 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31730 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31730 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

**31731 Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung nach den Nrn. 31346 oder 31347 bei Erbringung durch den Operateur.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verbandswechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31731 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 06310 und 06340 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31731 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02341, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 10330, 15321, 18340 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.*

## 31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2

### 31.5.1 Präambel

1. Die Leistungen des Abschnittes 31.5.2 können nur von dem die Leistung des Abschnittes 31.2 abrechnenden Operateur erbracht werden.
2. Die Leistungen des Abschnittes 31.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.
3. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen des Abschnittes 31.5.3 abrechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
4. Entsprechend Nr. 3 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Nr. 32895 berechnet.
5. Entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Nr. 32895 berechnet.

### 31.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

31800 Regionalanästhesie durch den Operateur der einen ambulanten oder belegärztlichen Eingriff nach Abschnitt 31.2 erbringt

*Obligater Leistungsinhalt*

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)
- und/oder
- Anästhesie des Plexus brachialis
- und/oder
- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1- Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

865 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31800 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

31801 Retrobulbäre Anästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten oder belegärztlichen Eingriff der Kategorie U, V oder X entsprechend Anhang 2 erbringt

*Obligater Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre Anästhesie,
- Pulsoxymetrie,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

355 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31801 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31821 bis 31827 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31801 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

### 31.5.3 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 31.2

31820 **Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis,
- Erfolgsnachweis durch fehlende Reaktion des Nervs oder Ganglions,

- Dokumentation mit Angabe des Nerven oder Ganglions

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Retrobulbäre Anästhesie

435 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31820 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 31820 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02342, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31821 bis 31828 berechnungsfähig.*

**31821 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31101, 31111, 31121, 31131, 31141, 31151, 31161, 31171, 31181, 31191, 31201, 31211, 31221, 31231, 31241, 31251, 31261, 31271, 31281, 31291, 31301, 31311, 31321, 31331 oder 31341, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

2200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31821 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801, 31820 und 31822 bis 31827 berechnungsfähig.*

**31822 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31152, 31162, 31172, 31182, 31192, 31202, 31212, 31222, 31232, 31242, 31252, 31262, 31272, 31282, 31292, 31302, 31312, 31322, 31332 oder 31342, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie  
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität  
und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder  
endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der  
Vitalfunktionen

2835 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31822 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801, 31820, 31821 und 31823 bis 31827 berechnungsfähig.*

**31823 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31103, 31113, 31123, 31133, 31143, 31153, 31163, 31173, 31183, 31193, 31203, 31213, 31213, 31223, 31233, 31243, 31253, 31263, 31273, 31283, 31293, 31303, 31313, 31323, 31333 oder 31343, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie  
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

3475 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31823 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801, 31820 bis 31822 und 31824 bis 31827 berechnungsfähig.*

**31824 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31104, 31114, 31124, 31134, 31144, 31154, 31164, 31174, 31184, 31194, 31204, 31214, 31224, 31234, 31244, 31254, 31264, 31274, 31284, 31294, 31304, 31314, 31324, 31334 oder 31344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie
- und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie
- und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität
- und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,

4110 Punkte

- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

*Die Leistung nach der Nr. 31824 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801, 31820 bis 31823 und 31825 bis 31827 berechnungsfähig.*

**31825 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31155, 31165, 31175, 31185, 31195, 31205, 31215, 31225, 31235, 31245, 31255, 31265, 31275, 31285, 31295, 31305, 31315, 31325, 31335 oder 31345, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie  
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität  
und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder  
endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

5390 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31825 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320,*

05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724,  
30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801, 31820 bis 31824, 31826  
und 31827 berechnungsfähig.

**31826 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31106, 31116, 31126, 31136, 31146, 31156, 31166, 31176, 31186, 31196, 31206, 31216, 31226, 31236, 31246, 31256, 31266, 31276, 31286, 31296, 31306, 31316, 31326, 31336 oder 31346 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie  
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie  
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität  
und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder  
endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der  
Vitalfunktionen

6405 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31826 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801, 31820 bis 31825 und 31827 berechnungsfähig.*

**31827 Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen nach den Nrn. 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337 oder 31347, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie  
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anästhesien oder Narkose

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02320,
- Leistung nach der Nr. 02321,
- Leistung nach der Nr. 02322,
- Leistung nach der Nr. 02323,
- Leistung nach der Nr. 02330,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

6670 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31827 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31801 und 31820 bis 31826 berechnungsfähig.*

- 31828 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 31821 bis 31826 bei Simultaneingriffen sowie zu der Leistung nach der Nr. 31827 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das Op- und/oder Narkoseprotokoll

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

635 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31828 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01913, 01914, 02100, 02300 bis 02302, 02320, 02321, 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02343, 05220, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 30710 bis 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31820 berechnungsfähig.*

## 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

### 31.6.1 Präambel

Neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 können im Behandlungsfall nur die arztgruppenspezifischen Ordinationskomplexe, die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01110, 01210, 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 01610, 01612 und 01620 bis 01623, 01711 bis 01718, 01770, 01772 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01792, 01793, 01800 bis 01813 und 01815, 01822, 01825 bis 01832, 01839 und 01850, 01950 bis 01952 und die Leistungen der Kapitel 32, 34 und 35 berechnet werden.

### 31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

#### 31900 **Praktische Schulung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterweisung der Betreuungsperson,  
je Sitzung

150 Punkte

#### 31910 **Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel**

150 Punkte

#### 31912 **Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon** mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 31910

300 Punkte

#### 31914 **Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk**

750 Punkte

*Obligater Leistungsinhalt*

Mobilisierung eines kontrakten

- Kiefergelenks  
und/oder
- Schultergelenks  
und/oder
- Ellenbogengelenks  
und/oder
- Hüftgelenks  
und/oder
- Kniegelenks

450 Punkte

*Die Leistung ist nur abrechenbar, wenn sie in Narkose oder Regionalanästhesie als selbstständige Leistung vorgenommen wurde.*

*Die Leistung nach der Nr. 31920 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.2 berechnungsfähig.*

#### 31930 **Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anlegen einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer und/oder
- Wiederanbringung einer gelösten Apparatur am Ober- oder Unterkiefer und/oder
- Änderungen und/oder teilweise Erneuerung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer, und/oder
- Entfernung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schienen oder Apparaturen,
- Modellierende Stellungskorrektur,
- Ststellungsänderung im Verlauf der Behandlung

750 Punkte

31932 **Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung***Obligater Leistungsinhalt*

- Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- und/oder Fußfehlbildung und/oder
- Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenkes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Schienen und/oder Apparaturen
- Ststellungsänderung im Verlauf der Behandlung

750 Punkte

31941 **Abdrücke und Modelle I***Obligater Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

150 Punkte

31942 **Abdrücke und Modelle II***Obligater Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe
  - für einen Unterarm mit Hand und/oder
  - für einen Unterschenkel mit Fuß und/oder
  - für einen Ober- oder Unterarm und/oder

- für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

250 Punkte

**31943 Abdrücke und Modelle III**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder das ganze Bein

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter,
- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

300 Punkte

**31944 Abdrücke und Modelle IV**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

470 Punkte

**31945 Abdrücke und Modelle V**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

750 Punkte

**31946 Abdrücke und Modelle VI**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für
  - Rumpf und Kopf
  - oder
  - Rumpf und Arm
  - oder
  - Rumpf, Kopf und Arm

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

800 Punkte

## 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Näheres bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen Untersuchungen.
2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.
3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Leistung nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Leistungen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
4. Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen abrechnungsfähigen Parameters (z. B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Leistung und nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Nummer abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Leistungen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.
6. "Ähnliche Untersuchungen" können nur dann abgerechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Leistungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
7. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Messwerten ist nicht berechnungsfähig.
8. Die im Kapitel 32 enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.
9. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z. B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Leistung, soweit nichts anderes bestimmt ist.
10. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind,

- sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Leistungsansätzen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
11. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den abrechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten.
12. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Leistungsansätzen enthalten.
13. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührennummer bzw. der Leistungslegende zu definieren (Definitions-auftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Leistungen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat. (BMÄ und E-GO)

## 32.1 Grundleistungen

### 32000 Laborgrundgebühr für

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	15
Frauenärzte	15
Hautärzte	5
Kinderärzte	10
Nuklearmediziner	20
Strahlentherapeuten	10
Urologen	30
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	20
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
Angiologie	10
Endokrinologie	40
Gastroenterologie	15
Hämatologie und Onkologie	110
Kardiologie	10
Nephrologie	75
Pneumologie	10
Rheumatologie	60

je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

*Mit der Laborgrundgebühr nach der Nr. 32000 sind für die aufgeführten Arztgruppen die ärztlichen Leistungen des Kapitels 32 mit Ausnahme der Kosten für die laboratoriumsmedizinischen Analysen abgegolten. Diese Kosten sind nach den in den Abschnitten 32.2 und 32.3 vertraglich vereinbarten Kostenbeträgen neben der Laborgrundgebühr oder für sich allein berechnungsfähig.*

*Bei Gemeinschaftspraxen wird die Höhe der Laborgrundgebühr als arithmetischer Mittelwert der Laborgrundgebühren der beteiligten und in Nr. 32000 aufgeführten Ärzte errechnet.*

*Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren*

*Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die Höhe der Laborgrundgebühr als arithmetischer Mittelwert der Laborgrundgebühren der entsprechenden in Nr. 32000 aufgeführten Ärzte errechnet.*

*Die Leistung nach der Nr. 32000 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32000 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 12220 bis 12222, 12225 und 12226 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32000 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32001 **Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32** für

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche	
Internisten	40
Anästhesisten	15
Chirurgen	10
Frauenärzte	30
Hautärzte	5
HNO-Ärzte	5
Kinderärzte	15
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5
Notfallärzte	5
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5
Nuklearmediziner	45
Radiologen	5
Strahlentherapeuten	20
Urologen	70
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
Angiologie	25
Endokrinologie	80
Gastroenterologie	35
Hämatologie und Internistische Onkologie	240
Kardiologie	20
Nephrologie	165
Pneumologie	20
Rheumatologie	130

je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

*Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.*

*Ausgenommen von der - für die Nrn. 32000 und/oder 32001 relevanten - Zählung der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle sind*

*Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden.*

*Bei Gemeinschaftspraxen wird die Höhe der Leistungsbewertung der Nr. 32001 als arithmetischer Mittelwert der Leistungsbewertungen für die beteiligten und in Nr. 32001 aufgeführten Ärzte errechnet.*

*Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die Höhe der Leistungsbewertung der Nr. 32001 als arithmetischer Mittelwert der Leistungsbewertungen für die entsprechenden in Nr. 32001 aufgeführten Ärzte errechnet.*

*Die Leistung nach der Nr. 32001 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32001 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 12220 bis 12222, 12225 und 12226 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32001 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

## 32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen.
  2. Für die Kosten eigenerbrachter, von Laborgemeinschaften bezogener oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 wird je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel 11, 19 und 32, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden.
  3. Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen.
  4. Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.
  5. Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl der Arztpraxis, werden die überschreitenden Punkte von dem dieser Praxis zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der Nr. 32001 ergibt, abgezogen.
  6. Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den nachfolgend aufgeführten Krankheitsfällen und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Absatz 3 bleiben die Leistungen nach dem Abschnitt 32.2 unberücksichtigt, die in diesen Behandlungsfällen erbracht werden. Die entsprechenden Abrechnungsscheine sind vom abrechnenden Arzt und im Falle einer Überweisung auch von dem veranlassenden Arzt mit den angegebenen Kennnummern zu versehen.
- |  |      |
|--|------|
| Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga  | 3480 |
| Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers | 3481 |
| Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen  | 3482 |
| Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie   | 3483 |
| Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum   | 3484 |

vollendeten 6. Lebensjahr	
Genetisch bedingte Erkrankungen oder Verdacht auf diese Erkrankungen, sofern molekulargenetische oder molekularpathologische Untersuchungen nach der Nrn. 11310 bis 11312, 11320 bis 11322, 32850 bis 32852 und 32855, 32856 und 32857 durchgeführt werden	3485
Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	3487
Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung	3488
Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 08540, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 sind	3489
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	3490
Orale Antikoagulantientherapie	3491
Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie	3492
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose	3493
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	3494
Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	3495
HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen	3496
Therapiebedürftige HIV-Infektionen	3497
Manifester Diabetes mellitus	3498
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	3499

7. Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts 32.2

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	Allgemein-versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	25	40
Anästhesisten	15	15
Frauenärzte	15	15
Hautärzte	10	10
Kinderärzte	15	15
Nuklearmediziner	25	20

Strahlentherapeuten	35	30
Urologen	35	45
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	25	40
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	25	40
Endokrinologie	40	55
Gastroenterologie	15	20
Hämatologie und Onkologie	140	165
Kardiologie	10	10
Nephrologie	95	130
Pneumologie	25	30
Rheumatologie	60	80
Nicht aufgeführte Arztgruppen	5	10

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

8. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl einer Gemeinschaftspraxis wird je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der beteiligten Ärzte errechnet.
9. Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden Fallpunktzahlen errechnet.
10. In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Kinderärzten wird bei der Berechnung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für Rentner der arithmetische Mittelwert ohne Berücksichtigung der Kinderärzte gebildet.

### 32.2.1 Basisuntersuchungen

Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn ist nicht berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer **Messung oder Zellzählung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019,

je Untersuchung

32015 <b>Erythrozytenzählung</b>	0.25 EUR
32016 <b>Leukozytenzählung</b>	0.25 EUR
32017 <b>Thrombozytenzählung</b>	0.25 EUR
32018 <b>Hämoglobin</b>	0.25 EUR
32019 <b>Hämatokrit</b>	0.25 EUR

*Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019 einzeln berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019 sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32110, 32112, 32115 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32010 **Orientierende Untersuchung**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter
  - Reagenzträger
  - oder
  - Reagenzzubereitungen

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Apparative Auswertung,
- Verwendung von Mehrfachreagenzträgern

0.50 EUR

*Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Nr. 32010 berechnungsfähig.*

*Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach der Nr. 32010 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.*

*Die Leistung nach der Nr. 32010 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32010 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32010 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32010 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32011 **Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile**

0.25 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32011 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32011 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32011 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32011 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561*

*berechnungsfähig.*

32012 **Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung** (außer im Harn) 0.25 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32012 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32012 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32012 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32012 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32020 Untersuchung auf **Blut im Stuhl** in 3 Proben 1.45 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32020 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32020 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32020 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 01734 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32020 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32021 Qualitativer **immunologischer** Nachweis von **Albumin im Stuhl** 1.65 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32021 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32021 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32021 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32021 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32022 Bestimmung der **Blutkörperchengeschwindigkeit** 0.25 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32022 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32022 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32022 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32022 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

## 32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen

**Mikroskopische Untersuchung** eines Körpermaterials **nach differenzierender Färbung**, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32031 bis 32035,

je Untersuchung

32031	<b>Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten</b>	0.40 EUR
32032	<b>Retikulozytenzählung</b>	0.40 EUR
32033	<b>Zählung der basophil getüpfelten Erythrozyten</b>	0.40 EUR
32034	<b>Eosinophilenzählung</b>	0.40 EUR
32035	<b>Mikroskopische Untersuchung</b> eines Körpermaterials <b>nach Gram-Färbung</b>	0.40 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32031 und 32033 bis 32035 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32032 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32110, 32112, 32115 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32031 bis 32035 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32031 bis 32035 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32031 bis 32035 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32030 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nativpräparat (z. B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden)
- und/oder
- Nach einfacher Färbung (z. B. mit Methylenblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

0.25 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32030 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01827 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32030 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32030 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32030 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32036 Mikroskopische **Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten **Blutausstriches** 0.40 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32036 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32111, 32112 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32036 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32036 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32036 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32037 Quantitative Bestimmung(en) der morphologischen Bestandteile durch **Kammerzählung** der Zellen im **Sammelharn**, auch in mehreren Fraktionen innerhalb von 24 Stunden (Addis-Count) 0.25 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32037 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32037 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32037 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32037 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen

Quantitative **Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten**, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32041 bis 32073,

je Untersuchung

32041	<b>Gesamteiweiß</b>	0.25 EUR
32042	<b>Glukose</b>	0.25 EUR
32043	<b>Bilirubin gesamt</b>	0.25 EUR
32044	<b>Bilirubin direkt</b>	0.40 EUR
32045	<b>Cholesterin gesamt</b>	0.25 EUR
32046	<b>HDL-Cholesterin</b>	0.25 EUR
32047	<b>LDL-Cholesterin</b>	0.25 EUR
32048	<b>Triglyceride</b>	0.25 EUR
32049	<b>Harnsäure</b>	0.25 EUR
32050	<b>Harnstoff</b>	0.25 EUR
32051	<b>Kreatinin (Jaffé-Methode)</b>	0.25 EUR
32052	<b>Kreatinin, enzymatisch</b>	0.40 EUR
32053	<b>Alkalische Phosphatase</b>	0.25 EUR
32054	<b>GOT</b>	0.25 EUR
32055	<b>GPT</b>	0.25 EUR
32056	<b>Gamma-GT</b>	0.25 EUR
32057	<b>Alpha-Amylase</b>	0.40 EUR

32058	<b>Lipase</b>	0.40 EUR
32059	<b>Creatinkinase (CK)</b>	0.25 EUR
32060	<b>LDH</b>	0.25 EUR
32061	<b>GLDH</b>	0.40 EUR
32062	<b>HBDH</b>	0.40 EUR
32063	<b>Cholinesterase</b>	0.40 EUR
32064	<b>Saure Phosphatase</b>	0.25 EUR
32065	<b>Prostataphosphatase</b>	0.25 EUR
32066	<b>Kalium</b>	0.25 EUR
32067	<b>Calcium</b>	0.25 EUR
32068	<b>Natrium</b>	0.25 EUR
32069	<b>Chlorid</b>	0.25 EUR
32070	<b>Eisen</b>	0.25 EUR
32071	<b>Phosphor anorganisch</b>	0.40 EUR
32072	<b>Lithium</b>	0.60 EUR
32073	<b>Glykierte Blut- und/oder Gewebeproteine, z. B. Fructosamin</b>	0.25 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32059 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32140 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32042, 32051, 32052, 32056 und 32066 sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32115 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32041, 32043 bis 32050, 32053 bis 32055, 32057, 32058, 32060 bis 32065 und 32067 bis 32073 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32041 bis 32073 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32041 bis 32073 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32041 bis 32073 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

#### **Quantitative Bestimmung**

32080	<b>CK-MB</b>	1.15 EUR
32081	<b>Chymotrypsin</b>	1.15 EUR
32082	<b>Glykierte Hämoglobine (z. B. HbA1 und/oder HbA1c)</b>	4.00 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32081 und 32082 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32080 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32140 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32080 bis 32082 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32080 bis 32082 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32080 bis 32082 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### **Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay,**

je Untersuchung

32083	Gesamt-Trijodthyronin ( <b>T 3</b> )	3.00 EUR
32084	Gesamt-Thyroxin ( <b>T 4</b> )	3.00 EUR
32085	Indirekte Schilddrüsenhormon-Bindungstests, z. B. thyroxinbindendes Globulin ( <b>TBG</b> ), <b>T3-uptake</b> , <b>oder Thyroxinbindungskapazität</b>	3.00 EUR
32086	Thyrotropin ( <b>TSH</b> )	3.00 EUR

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32083 bis 32086 beträgt 4,50 EURO.*

*Die T3-Bestimmung nach der Nr. 32083 ist nicht neben der fT3-Bestimmung nach der Nr. 32321 berechnungsfähig.*

*Die T4-Bestimmung nach der Nr. 32084 ist nicht neben der fT4-Bestimmung nach der Nr. 32320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32083 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32321 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32084 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32320 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32085 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32320, 32321 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32086 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32083 bis 32086 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32083 bis 32086 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32083 bis 32086 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32090 bis 32093,

je Untersuchung

32090	Immunglobulin A (Gesamt- <b>IgA</b> )	0.60 EUR
32091	Immunglobulin G (Gesamt- <b>IgG</b> )	0.60 EUR
32092	Immunglobulin M (Gesamt- <b>IgM</b> )	0.60 EUR
32093	<b>Transferrin</b>	0.60 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32090 bis 32093 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32090 bis 32093 sind am Behandlungstag*

*nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32090 bis 32093 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32090 bis 32093 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32040 **Quantitative Bestimmung eines Arzneimittels** (z. B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien und apparativer Messung (z. B. Reflexionsmessung),  
je Untersuchung 2.05 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32040 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32040 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32040 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32074 **Zuschlag** für die Leistungen nach den Nrn. 32042, 32049, 32050 oder 32051 oder 32052, 32054, 32055, 32057 oder 32058, 32059, 32066, 32067 und 32068 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Praxis als **Einzelbestimmung(en)**,  
je Leistung 0.80 EUR

*Der Zuschlag nach der Nr. 32074 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, z. B. Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/oder programmierten Analysen mehrerer Messgrößen in einem Untersuchungsablauf.*

*Die Leistung nach der Nr. 32074 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32074 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32074 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32074 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32094 **Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum** mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung 0.75 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32094 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32094 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32094 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32094 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

Untersuchungen zur **Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung** oder zur Verlaufskontrolle bei **Antikoagulantientherapie**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32100 bis 32107,

je Untersuchung

- |   |          |
|---|----------|
| 32100 <b>Blutungszeit (standardisiert)</b>  | 0.75 EUR |
| 32101 <b>Rekalzifizierungszeit</b>  | 0.75 EUR |
| 32102 Partielle Thromboplastinzeit (PTT)  | 0.60 EUR |
| 32103 Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma   | 0.60 EUR |
| 32104 Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut   | 0.75 EUR |
| 32105 Thrombingerinnungszeit (TZ)   | 0.75 EUR |
| 32106 <b>Fibrinogenbestimmung</b>   | 0.75 EUR |
| 32107 Qualitativer Nachweis von <b>Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten</b> (z. B. D-Dimere) | 4.60 EUR |

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32100 bis 32106 beträgt 1,55 EURO.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32100 bis 32107 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32100 bis 32107 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32100 bis 32107 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32100 bis 32107 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen

- 32110 Bestimmung von **mindestens 2** der folgenden **Parameter**: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender) 0.50 EUR

Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt

*Die Leistung nach der Nr. 32110 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019, 32032, 32112, 32115 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32110 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32110 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32111 Mechanisierte Zählung** der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt

0.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32111 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32036, 32112 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32111 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32111 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32112 Vollständiger Blutstatus** mittels automatisierter Verfahren

*Obligater Leistungsinhalt*

- Hämoglobin,
- Hämatokrit,
- Erythrozytenzählung,
- Leukozytenzählung,
- Thrombozytenzählung,
- Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Mechanisierte Zählung der Retikulozyten,
- Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen

1.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32112 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32015 bis 32019, 32032, 32036, 32110, 32111, 32115 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32112 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32112 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32112 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561*

*berechnungsfähig.*

32113 **Zuschlag** zu den Nrn. 32111 oder 32112 bei **nachfolgender mikroskopischer Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches

0.40 EUR

je Untersuchung

32120	<b>C-reaktives Protein</b>	1.15 EUR
32121	<b>Rheumafaktor</b>	0.80 EUR
32122	<b>Streptolysin O-Antikörper (Antistreptolysin)</b>	1.15 EUR
32123	<b>Gesamt-IgM beim Neugeborenen</b>	2.15 EUR
32124	<b>Schwangerschaftsnachweis</b>	1.30 EUR
32125	<b>Mononucleose-Test</b>	2.05 EUR
32126	<b>Myoglobin</b>	3.00 EUR
32127	<b>Mikroalbuminurie-Nachweis</b>	1.55 EUR
32128	<b>Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis</b>	1.85 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32126 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32140 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32120 bis 32125, 32127 und 32128 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32120 bis 32128 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32120 bis 32128 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32120 bis 32128 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Drogensuchtest** unter Verwendung eines **vorgefertigten Reagenzträgers**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32130 bis 32137,

je Substanz und/oder Substanzgruppe

32130	<b>Amphetamin/Metamphetamin</b>	3.05 EUR
32131	<b>Barbiturate</b>	3.05 EUR
32132	<b>Benzodiazepine</b>	3.05 EUR
32133	<b>Cannabinoide (THC)</b>	3.05 EUR
32134	<b>Kokain</b>	3.05 EUR
32135	<b>Methadon</b>	3.05 EUR
32136	<b>Opiate (Morphin)</b>	3.05 EUR
32137	<b>Phencyclidin (PCP)</b>	3.05 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32130 bis 32137 sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32292 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32130 bis 32137 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32130 bis 32137 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32130 bis 32137 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32138 **Quantitative Alkohol-Bestimmung** in der Atemluft mit apparativer Messung, z. B. elektrochemisch, im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. 1.00 EUR

*Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 32130 bis 32138 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 125,00 EURO.*

*Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 32130 bis 32138 beträgt ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 EURO.*

*Die Leistung nach der Nr. 32138 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32138 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32138 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32138 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32139 **Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline mit mindestens 9 deklarierten Allergenen auf einem vorgefertigten Reagenzträger und Differenzierung nach Einzelallergenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung des Gesamt-IgE

17.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32139 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32139 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32426 bis 32429 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32139 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32139 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32139 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32140 Immunologischer Nachweis von **Troponin I und/oder Troponin T** auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung 11.25 EUR

*Die Untersuchung nach Nr. 32140 sollte bei Verdacht einer*

*Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als 3 Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann.*

*Die Leistung nach der Nr. 32140 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32059, 32080, 32126, 32450 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32140 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32140 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32140 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen

#### 32145 **Kulturelle** bakteriologische und/oder mykologische **Untersuchung**

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Kulturelle bakteriologische Untersuchung und/oder
- Kulturelle mykologische Untersuchung,
- Verwendung eines
  - Standardnährbodens und/oder
  - Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden (z. B. Eintauchnährböden)

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende Keimzahlschätzung(en),
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),
- Einfache Differenzierung(en) (z. B. Chlamydosporen-Nachweis, Nachweis von Pseudomycel)

1.15 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32145 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32145 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32145 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32145 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

#### 32146 Orientierender **Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen** aus dem Rachen eines Kindes

2.55 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32146 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32146 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32146 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32146 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32147 Nachweis von **Chlamydia trachomatis-Antigen(en)** aus der **Zervix** auf einem vorgefertigten Reagenzträger

3.85 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32147 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01812 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32147 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31010 bis 31013 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32147 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32147 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen.
2. Die Berechnung der Leistungen des Abschnitts 32.3 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Für die Kosten eigenerbrachter oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.3 wird je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel 11, 19 und 32, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden.
4. Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der nicht gestaffelten EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.3 ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen. Im Falle der Abstufung von Leistungen sind die EURO-Beträge in voller, nicht gestaffelter Höhe umzurechnen.
5. Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 28,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.
6. Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl der Arztpraxis, werden die überschreitenden Punkte von dem dieser Praxis zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der Nr. 32001 ergibt, abgezogen.
7. Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den Krankheitsfällen, die im 6. Absatz der Präambel zum Abschnitt 32.2 aufgeführt sind, und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Absatz 4 bleiben die Leistungen nach dem Abschnitt 32.3 unberücksichtigt, die in diesen Behandlungsfällen erbracht werden. Satz 2 des 6. Absatzes der Präambel zum Abschnitt 32.2 gilt entsprechend.
8. Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts 32.3

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	Allgemein- versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40	30
Frauenärzte	60	50
Hautärzte	30	30

Kinderärzte	45	45
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15	15
Nuklearmediziner	210	160
Strahlentherapeuten	40	70
Urologen	70	75
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	70	50
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	70	50
Endokrinologie	850	810
Gastroenterologie	70	50
Hämatologie und Onkologie	200	220
Kardiologie	20	10
Nephrologie	250	300
Pneumologie	65	45
Rheumatologie	310	300
Nicht aufgeführte Arztgruppen	10	10

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

9. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl einer Gemeinschaftspraxis wird je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der beteiligten Ärzte errechnet.
10. Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden Fallpunktzahlen errechnet.
11. In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Kinderärzten wird bei der Berechnung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für Rentner der arithmetische Mittelwert ohne Berücksichtigung der Kinderärzte gebildet.
12. Die Leistungen des Abschnitts 32.3 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl an Leistungen nach dem Abschnitt 32.3. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Leistungen nach dem Abschnitt 32.3 im Quartal ab, wird die Vergütung in EURO der darüber hinaus abgerechneten Kosten nach dem Abschnitt 32.3 um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Leistungen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Leistung.

### 32.3.1 Mikroskopische Untersuchungen

Mikroskopische Untersuchung von **Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32150 bis 32153 und 32154 bis 32156,

je Untersuchung

32150	<b>Alkalische Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase</b>	10.20 EUR
32151	<b>Esterasereaktion</b>	5.60 EUR
32152	<b>Peroxydasereaktion</b>	5.60 EUR
32153	<b>PAS-Reaktion</b>	5.60 EUR
32154	<b>Eisenfärbung</b>	5.60 EUR
32155	<b>Saure Phosphatase</b>	5.60 EUR
32156	<b>Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT)</b>	5.60 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32150 bis 32153, 32155 und 32156 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32154 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32165 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32150 bis 32156 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32150 bis 32156 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Mikroskopische Differenzierung eines Materials als **gefärbte(r) Ausstrich(e)** oder als Tupfpräparat(e) **eines Organpunktates**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32160 bis 32164,

je Untersuchung

32160	<b>Knochenmark</b>	9.20 EUR
32161	<b>Lymphknoten</b>	9.20 EUR
32162	<b>Milz</b>	9.20 EUR
32163	<b>Synovia</b>	5.60 EUR
32164	Morphologische Differenzierung des <b>Liquorzellausstrichs</b>	5.60 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32160 bis 32164 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32160 bis 32164 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32160 bis 32164 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32175 bis 32182,

je Untersuchung

32175	<b>Corynebakterienfärbung nach Neisser</b>	5.60 EUR
32176	<b>Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien</b>	5.60 EUR
32177	<b>Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien</b>	5.60 EUR
32178	<b>Giemsa-Färbung auf Protozoen</b>	5.60 EUR
32179	<b>Karbolfuchsinfärbung auf Kryptosporidien</b>	5.60 EUR
32180	<b>Tuschepräparat auf Kryptokokken</b>	5.60 EUR
32181	<b>Färbung mit Fluorochromen (z. B. Acridinorange, Calcofluor weiß) auf</b>	5.60 EUR

- Pilze**
- 32182 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung 5.60 EUR
- Die Leistungen nach den Nrn. 32175 bis 32182 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistungen nach den Nrn. 32175 bis 32182 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistungen nach den Nrn. 32175 bis 32182 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32185 bis 32187,  
je Untersuchung
- 32185 **Heidenhain-Färbung auf Protozoen** 7.70 EUR
- 32186 **Trichrom-Färbung auf Protozoen** 7.70 EUR
- 32187 **Silberfärbung auf Pneumozysten** 7.70 EUR
- Die Leistungen nach den Nrn. 32185 bis 32187 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistungen nach den Nrn. 32185 bis 32187 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistungen nach den Nrn. 32185 bis 32187 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32165 Mikroskopische Differenzierung eines Materials als **gefärbte(r) Ausstrich(e)** oder als Tupfpräparat(e) des **Knochenmarks** einschl. der Beurteilung des Eisenstatus auf Sideroblasten, Makrophageneisen und Therapieeisengranula 15.30 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32165 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32154 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32165 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32165 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32166 **Vergleichende hämatologische Begutachtung** von mikroskopisch differenzierten Ausstrichen des **Knochenmarks und des Blutes**, einschl. Dokumentation 15.30 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32166 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32166 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32166 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32167 Mikroskopische Differenzierung von Haaren (Trichogramm)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Färbung, auch mehrere Präparate,
- Epilation

5.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32167 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32167 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32167 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32168 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Treponemen im Dunkelfeld** und/oder mit Phasenkontrast

5.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32168 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32168 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32168 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32169 Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf **Parasiten**, z. B. Plasmodien, Mikrofilarien, **im gefärbten Blutausstrich** und/oder **Dicken Tropfen**

5.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32169 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32169 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32169 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

## 32.3.2 Funktionsuntersuchungen

**Funktionsprüfung mit Belastung**, einschl. der erforderlichen quantitativen Bestimmungen im **Harn oder Blut**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32192 bis 32195,

je Funktionsprüfung

32192	<b>Laktosetoleranz-Test</b>	6.10 EUR
32193	<b>D-Xylose-Test</b>	6.10 EUR
32194	<b>Pancreolauryl-Test</b>	6.10 EUR
32195	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung	6.10 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32192 bis 32195 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32192 bis 32195 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32192 bis 32195 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Funktionsprüfung der Nieren** durch **Bestimmung der Clearance** mit mindestens 3 quantitativ-chemischen Blut- oder Harnanalysen, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32196 bis 32198,  
je Funktionsprüfung

32196	<b>Inulin-Clearance</b>	11.20 EUR
32197	<b>Phosphat-Clearance</b>	11.20 EUR
32198	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> , unter Angabe der Art der Untersuchung	11.20 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32196 bis 32198 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32196 bis 32198 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32196 bis 32198 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32190	Physikalisch-morphologische <b>Untersuchung des Spermas</b> [Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung (z. B. Papanicolaou)]	15.90 EUR
-------	--	-----------

*Die Leistung nach der Nr. 32190 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32190 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 08540 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32190 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen

Untersuchung der **Gerinnungsfunktion** durch **Globaltests**, ggf. einschl. mehrfacher Bestimmung der Gerinnungszeit, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32205 bis 32208,  
je Untersuchung

32205	<b>Batroxobin-(Reptilase-)zeit</b>	11.20 EUR
32206	Aktiviertes Protein C-Resistenz ( <b>APC-Resistenz</b> , APC-Ratio)	12.80 EUR
32207	<b>Lupus Antikoagulans</b> (Lupusinhibitoren)	12.80 EUR
32208	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	12.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32205 bis 32208 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32205 bis 32208 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32205 bis 32208 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative Bestimmung von **Einzelfaktoren des Gerinnungssystems**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32210 bis 32227,

je Faktor

32210	<b>Antithrombin III</b>	12.80 EUR
32211	<b>Plasminogen</b>	12.80 EUR
32212	<b>Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte</b> , z. B. D-Dimere	12.80 EUR
32213	<b>Faktor II</b>	12.80 EUR
32214	<b>Faktor V</b>	20.50 EUR
32215	<b>Faktor VII</b>	30.70 EUR
32216	<b>Faktor VIII</b>	25.60 EUR
32217	<b>Faktor VIII-assoziiertes Protein</b>	25.60 EUR
32218	<b>Faktor IX</b>	25.60 EUR
32219	<b>Faktor X</b>	23.50 EUR
32220	<b>Faktor XI</b>	18.40 EUR
32221	<b>Faktor XII</b>	18.40 EUR
32222	<b>Faktor XIII</b>	23.00 EUR
32223	<b>Protein C</b>	33.20 EUR
32224	<b>Protein S</b>	29.10 EUR
32225	<b>Plättchenfaktor 4</b>	33.20 EUR
32226	<b>C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH)</b>	28.10 EUR
32227	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Faktors	13.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32210 bis 32227 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32210 bis 32227 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32210 bis 32227 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32203	<b>Thrombelastogramm</b>	11.20 EUR
-------	--------------------------	-----------

*Die Leistung nach der Nr. 32203 ist nicht neben der Leistung nach der*

*Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32203 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32203 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32228 Untersuchungen der **Thrombozytenfunktion mit mehreren Methoden**, z. B. Thrombozytenausbreitung, -adhäsion, -aggregation, insgesamt 31.70 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32228 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32228 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32228 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen

Quantitative **chemische oder physikalische Bestimmung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32230 bis 32246,

je Untersuchung

32230	<b>Methämoglobin</b>	8.70 EUR
32231	<b>Fruktose</b>	9.70 EUR
32232	<b>Lactat</b>	7.70 EUR
32233	<b>Ammoniak</b>	7.20 EUR
32234	<b>Fluorid</b>	9.20 EUR
32235	<b>Phenylalanin</b>	9.20 EUR
32236	<b>Kreatin</b>	28.10 EUR
32237	<b>Gesamteiweiß im Liquor oder Harn</b>	6.50 EUR
32238	<b>Plasmaviskosität</b>	4.10 EUR
32239	<b>Aldolase</b>	20.50 EUR
32240	Angiotensin-I-Converting Enzyme ( <b>ACE</b> )	12.30 EUR
32241	Leucin-Arylamidase ( <b>LAP</b> )	13.80 EUR
32242	<b>Knochen-AP</b> (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) nach Lektinfällung	12.30 EUR
32243	<b>Osmotische Erythrozyten-Resistenzbestimmung</b>	9.70 EUR
32244	<b>Osmolalität</b> (apparative Bestimmung)	9.70 EUR
32245	<b>Gallensäuren</b>	11.20 EUR
32246	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	11.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32230 bis 32246 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32230 bis 32246 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32230 bis 32246 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **chemische oder physikalische Bestimmung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32250 bis 32262,

je Untersuchung

32250	Spektralphotometrische <b>Bilirubin-Bestimmung im Fruchtwasser oder im Blut</b> des Neugeborenen	12.30 EUR
32251	<b>Carboxyhämoglobin</b>	18.40 EUR
32252	<b>Carnitin</b>	21.50 EUR
32253	<b>Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden</b>	28.10 EUR
32254	<b>Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin</b>	17.90 EUR
32255	<b>Hydroxyprolin</b>	17.90 EUR
32256	<b>Lezithin</b>	15.30 EUR
32257	<b>Citronensäure/Citrat</b>	15.30 EUR
32258	<b>Oxalsäure/Oxalat</b>	15.90 EUR
32259	<b>Phosphohexose-Isomerase (PHI)</b>	17.90 EUR
32260	<b>Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6P-DH)</b>	15.90 EUR
32261	<b>Pyruvatkinase</b>	15.90 EUR
32262	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	12.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32250 bis 32262 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32250 bis 32262 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32250 bis 32262 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative physikalische **Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32265 bis 32283,

je Untersuchung

32265	<b>Calcium im Harn</b>	8.20 EUR
32266	<b>Magnesium</b>	8.20 EUR
32267	<b>Zink</b>	8.20 EUR
32268	<b>Nickel</b>	10.70 EUR
32269	<b>Arsen</b>	10.70 EUR
32270	<b>Aluminium</b>	8.20 EUR
32271	<b>Blei</b>	9.20 EUR
32272	<b>Cadmium</b>	6.60 EUR
32273	<b>Chrom</b>	10.20 EUR
32274	<b>Eisen im Harn</b>	12.80 EUR
32275	<b>Gold im Serum</b>	10.70 EUR
32276	<b>Kobalt</b>	10.70 EUR
32277	<b>Kupfer im Harn oder Gewebe</b>	7.70 EUR
32278	<b>Mangan</b>	8.20 EUR
32279	<b>Quecksilber</b>	8.20 EUR
32280	<b>Selen</b>	9.70 EUR
32281	<b>Thallium</b>	10.70 EUR
32282	<b>Zinn</b>	8.70 EUR

32283	<b>Spurenelemente</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8.20 EUR
	<i>Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32265 bis 32283 beträgt 18,50 EURO.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32265 bis 32283 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32265 bis 32283 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32265 bis 32283 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.</i>	
	Qualitativer <b>chromatographischer Nachweis</b> einer oder mehrerer Substanz(en), gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32290 bis 32294, je Untersuchungsgang	
32290	<b>Aminosäuren</b>	17.90 EUR
32291	<b>Porphyrine</b>	30.70 EUR
32292	<b>Drogen</b>	18.90 EUR
32293	<b>Arzneimittel</b>	18.90 EUR
32294	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	18.90 EUR
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32292 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32130 bis 32137 und 34291 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32290, 32291, 32293 und 32294 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32290 bis 32294 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32290 bis 32294 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.</i>	
	Quantitative <b>chromatographische Bestimmung(en)</b> einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32300 bis 32313, je Untersuchungsgang	
32300	<b>Katecholamine und/oder Metabolite</b>	26.60 EUR
32301	<b>Serotonin und/oder Metabolite</b>	12.80 EUR
32302	<b>Porphyrine</b>	15.30 EUR
32303	<b>Porphobilinogen</b>	25.60 EUR
32304	<b>Delta-Amino-Lävulinsäure</b>	25.60 EUR
32305	<b>Arzneimittel</b>	18.90 EUR
32306	<b>Vitamine</b>	27.10 EUR
32307	<b>Drogen</b>	18.90 EUR
32308	<b>Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin</b>	18.90 EUR
32309	<b>Phenylalanin</b>	18.90 EUR
32310	<b>Aminosäuren</b>	18.90 EUR

32311	<b>Exogene Gifte</b>	31.70 EUR
32312	<b>Hämoglobine</b> (außer glykierte Hämoglobine nach Nr. 3722)	12.00 EUR
32313	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	20.50 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32468 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32300 bis 32311 und 32313 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32300 bis 32313 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32300 bis 32313 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung der freien Schilddrüsenhormone**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32320 und 32321,

je Untersuchung

32320	Freies Thyroxin ( <b>fT4</b> )	4.10 EUR
32321	Freies Trijodthyronin ( <b>fT3</b> )	4.10 EUR

*Die fT4-Bestimmung nach der Nr. 32320 ist nicht neben der T4-Bestimmung nach der Nr. 32084 berechnungsfähig.*

*Die fT3-Bestimmung nach der Nr. 32321 ist nicht neben der T3-Bestimmung nach der Nr. 32083 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32321 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32083, 32085 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32084, 32085 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32320 und 32321 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32320 und 32321 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Quantitative Bestimmung**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32323 bis 32325,

je Untersuchung

32323	<b>Digoxin</b>	7.20 EUR
32324	Carcinoembryonales Antigen ( <b>CEA</b> )	4.90 EUR
32325	<b>Ferritin</b>	4.90 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32323 bis 32325 sind nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32323 bis 32325 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32323 bis 32325 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung von Drogen mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32330 bis 32337,

je Untersuchung

32330	<b>Amphetamine</b>	8.20 EUR
32331	<b>Barbiturate</b>	9.20 EUR
32332	<b>Benzodiazepine</b>	8.20 EUR
32333	<b>Cannabinoide</b>	7.70 EUR
32334	<b>Kokain</b>	9.70 EUR
32335	<b>Methadon</b>	10.20 EUR
32336	<b>Opiate</b>	8.70 EUR
32337	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	9.20 EUR

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32330 bis 32337 beträgt 26,50 EURO.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32330 bis 32337 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32330 bis 32337 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32330 bis 32337 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung von Arzneimitteln mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32340 bis 32346,

je Untersuchung

32340	<b>Antiarrhythmika</b>	15.30 EUR
32341	<b>Antibiotika</b>	15.30 EUR
32342	<b>Antiepileptika</b>	8.70 EUR
32343	<b>Digitoxin</b>	7.70 EUR
32344	<b>Zytostatika</b> , z. B. Methotrexat	15.90 EUR
32345	<b>Theophyllin</b>	8.20 EUR
32346	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	12.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32340 bis 32346 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32340 bis 32346 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32340 bis 32346 sind im Zyklusfall nicht*

*neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32350 bis 32361,

je Untersuchung

32350	Alpha-Fetoprotein ( <b>AFP</b> )	6.60 EUR
32351	Prostata-spezifisches Antigen ( <b>PSA</b> ) oder freies PSA	5.60 EUR
32352	Choriongonadotropin ( <b>HCG</b> und/oder <b>β-HCG</b> )	6.60 EUR
32353	Follitropin ( <b>FSH</b> )	5.10 EUR
32354	Lutropin ( <b>LH</b> )	5.60 EUR
32355	<b>Prolaktin</b>	5.10 EUR
32356	<b>Östradiol</b>	5.10 EUR
32357	<b>Progesteron</b>	4.60 EUR
32358	<b>Testosteron</b> und/oder freies Testosteron	6.10 EUR
32359	<b>Insulin</b>	7.20 EUR
32360	Sexualhormonbindendes Globulin ( <b>SHBG</b> )	12.80 EUR
32361	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8.20 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.*

*Leistungen nach den Nrn. 32350 bis 32361 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu zweimal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32351 bis 32361 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01783 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32350 bis 32361 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32350 bis 32361 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32365 bis 32381,

je Untersuchung

32365	<b>C-Peptid</b>	18.40 EUR
32366	<b>Gastrin</b>	16.40 EUR
32367	<b>Cortisol</b>	7.20 EUR
32368	<b>17-Hydroxy-Progesteron</b>	10.20 EUR
32369	Dehydroepiandrosteron ( <b>DHEA</b> ) und/oder -sulfat ( <b>DHEA-S</b> )	8.20 EUR
32370	Wachstumshormon ( <b>HGH</b> ), Somatotropin ( <b>STH</b> )	14.30 EUR
32371	Insulin-like growth factor I ( <b>IGF-I</b> ) bzw. Somatomedin C ( <b>SM-C</b> ) und/oder IGF-I bindendes Protein 3 ( <b>IGFBP-3</b> )	40.90 EUR
32372	<b>Folsäure</b>	6.60 EUR

32373	<b>Vitamin B 12</b>	5.40 EUR
32374	<b>Cyclosporin</b>	28.10 EUR
32375	<b>Trypsin</b>	25.30 EUR
32376	<b>β2-Mikroglobulin</b>	12.30 EUR
32377	<b>Pankreas-Elastase</b>	25.30 EUR
32378	<b>Neopterin</b>	19.40 EUR
32379	<b>Tacrolimus (FK 506)</b>	28.10 EUR
32380	Eosinophiles kationisches Protein ( <b>ECP</b> )	22.20 EUR
32381	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	12.80 EUR

*Leistungen nach den Nrn. , Und 32365 bis 32381, 32385 bis 32405 und 32410 bis 32416 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32365 bis 32381 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32365 bis 32375, 32377 und 32379 bis 32381 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32376 und 32378 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 32824 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32365 bis 32381 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405,  
je Untersuchung

32385	<b>Aldosteron</b>	12.80 EUR
32386	<b>Renin</b>	34.80 EUR
32387	<b>Androstendion</b>	15.30 EUR
32388	<b>Corticosteron</b>	53.70 EUR
32389	<b>11-Desoxycortisol</b>	53.70 EUR
32390	<b>CA 125</b>	9.70 EUR
32391	<b>CA 15-3</b>	8.20 EUR
32392	<b>CA 19-9</b>	9.20 EUR
32393	<b>CA 50</b>	30.70 EUR
32394	<b>CA 72-4 (TAG 72)</b>	26.60 EUR
32395	Neuronenspezifische Enolase ( <b>NSE</b> )	19.90 EUR
32396	Squamous cell carcinoma Antigen ( <b>SCC</b> )	14.30 EUR
32397	Tissue Polypeptide Antigen ( <b>TPA, TPS</b> )	25.60 EUR
32398	Mucin-like cancer associated antigen ( <b>MCA</b> )	33.20 EUR
32399	<b>CA 549</b>	23.50 EUR
32400	Cytokeratin-19-Fragmente ( <b>CYFRA 21-1</b> )	25.60 EUR
32401	<b>Dihydrotestosteron</b>	25.60 EUR
32402	<b>Erythropoetin</b>	28.60 EUR
32403	<b>Pyridinolin, Desoxypyridinolin</b> und/oder <b>Typ I-Kollagen-Telopeptide</b>	18.90 EUR
32404	<b>Knochen-AP</b> (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder <b>Typ I-Prokollagen-Propeptide</b>	20.50 EUR
32405	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	23.50 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig. Davon abweichend sind die Leistungen nach den Nrn. 32391, 32398 und 32399 nicht nebeneinander berechnungsfähig.*

*Leistungen nach den Nrn. , Und 32365 bis 32381, 32385 bis 32405 und 32410 bis 32416 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32410 bis 32416,

je Untersuchung

32410	<b>Calcitonin</b>	34.80 EUR
32411	<b>Intaktes Parathormon</b>	16.40 EUR
32412	Corticotropin ( <b>ACTH</b> )	21.00 EUR
32413	25-Hydroxy-Cholecalciferol ( <b>Vitamin D</b> )	23.00 EUR
32414	<b>Osteocalcin</b>	28.10 EUR
32415	Antidiuretisches Hormon ( <b>ADH</b> , Vasopressin)	33.20 EUR
32416	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	25.60 EUR

*Leistungen nach den Nrn. , Und 32365 bis 32381, 32385 bis 32405 und 32410 bis 32416 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32410 bis 32416 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32410 bis 32416 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32410 bis 32416 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32420 bis 32422,

je Untersuchung

32420	<b>Thyreoglobulin</b> , einschl. Bestätigungstest	24.50 EUR
32421	1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol ( <b>Vitamin D3</b> )	37.30 EUR
32422	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	33.20 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32420 bis 32422 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32420 bis 32422 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32420 bis 32422 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32247 **Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (pH) im Blut,
- Bestimmung des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO<sub>2</sub>),
- Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (pO<sub>2</sub>)

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Messung der prozentualen Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>),
- Messung oder Berechnung weiterer Kenngrößen in demselben Untersuchungsgang (z. B. Hämoglobin, Bicarbonat, Basenabweichung)

14.85 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32247 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 04333, 05350, 13256 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32247 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32247 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32314 **Bestimmung von Substanzen mittels DC, GC und/oder HPLC und anschließender Massenspektrometrie** und EDV-Auswertung,

je Körpermaterial unter Angabe der Art der Untersuchung

63.40 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32314 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32314 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32314 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32315 **Analytische Auswertung** einer oder mehrerer Atemproben eines **13C-Harnstoff-Atemtests** nach der Nr. 235, ggf. einschl. Probenvorbereitung (z. B. chromatographisch), insgesamt

11.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32315 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32706 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32315 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

- Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32315 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32316 **Vollständige chemische Analyse zur Differenzierung eines Steins** 9.20 EUR  
*Die Leistung nach der Nr. 32316 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32317 und 34291 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32316 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32316 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32317 **Analyse zur Differenzierung eines Steins** in seinen verschiedenen Schichtungen mittels **Infrarot-Spektrographie** 18.90 EUR  
*Die Leistung nach der Nr. 32317 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32316 und 34291 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32317 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32317 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32318 **Quantitative Bestimmung von Homocystein** 13.00 EUR  
*Die Leistung nach der Nr. 32318 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32318 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32318 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32423 **Hormonrezeptor-Aufbereitung** aus dem **Operationsmaterial** 28.60 EUR  
*Die Leistung nach der Nr. 32423 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32423 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*  
*Die Leistung nach der Nr. 32423 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32424 **Hormonrezeptor-Differenzierung** aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.),  
 je Untersuchung unter Angabe der Art des Rezeptors 126.80 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32424 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32424 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32424 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.5 Immunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von **humanen Proteinen** oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32435 bis 32455,

je Untersuchung

32435	<b>Albumin</b>	6.90 EUR
32436	<b>Alpha-1-Glykoprotein</b>	7.70 EUR
32437	<b>Alpha-1-Mikroglobulin</b>	9.20 EUR
32438	<b>Alpha-1-Antitrypsin</b> (Alpha-1-Proteinase-Inhibitor, Alpha-1-Pi)	12.00 EUR
32439	<b>Alpha-2-Makroglobulin</b>	9.20 EUR
32440	<b>Coeruloplasmin</b>	12.80 EUR
32441	<b>Haptoglobin</b>	8.20 EUR
32442	<b>Hämopexin</b>	9.20 EUR
32443	Komplementfaktor <b>C 3</b>	9.70 EUR
32444	Komplementfaktor <b>C 4</b>	9.20 EUR
32445	Immunglobulin D ( <b>IgD</b> )	12.30 EUR
32446	<b>Freie Kappa-Ketten</b>	8.70 EUR
32447	<b>Freie Lambda-Ketten</b>	8.70 EUR
32448	<b>Immunglobulin A, G oder M im Liquor</b>	10.20 EUR
32449	<b>Immunglobulin G im Harn</b>	8.20 EUR
32450	<b>Myoglobin</b>	9.70 EUR
32451	<b>Apolipoprotein A-I</b>	8.20 EUR
32452	<b>Apolipoprotein B</b>	8.20 EUR
32453	Granulozyten-( <b>PMN</b> -)Elastase	12.30 EUR
32454	<b>Lysozym</b>	9.20 EUR
32455	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	9.70 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32435 bis 32449 und 32451 bis 32455 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32450 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32140 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32435 bis 32455 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32435 bis 32455 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Quantitative Bestimmung mittels Immunnephelometrie,**

**Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay** oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32460 und 32461,

je Untersuchung

32460	C-reaktives Protein ( <b>CRP</b> )	5.40 EUR
32461	<b>Rheumafaktor</b> (RF)	6.60 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32460 und 32461 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32460 und 32461 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32460 und 32461 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32465 bis 32475,

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, z. B. Agarosegel-, Polyacrylamidgel-, Disk-Elektrophorese, isoelektrische Fokussierung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Färbereaktion,
- quantitative Auswertung,

je Untersuchungsgang

32465	<b>Oligoklonale Banden</b> im Liquor und im Serum	23.00 EUR
32466	<b>Harnproteine</b>	15.90 EUR
32467	<b>Lipoproteine</b> , einschl. Polyanionenpräzipitation	22.00 EUR
32468	<b>Hämoglobine</b> (außer glykierte Hämoglobine nach der Nr. 3722)	22.00 EUR
32469	<b>Isoenzyme</b> der Alkalischen Phosphatase ( <b>AP</b> )	22.00 EUR
32470	<b>Isoenzyme</b> der Creatinkinase ( <b>CK</b> )	22.00 EUR
32471	<b>Isoenzyme</b> der Lactatdehydrogenase ( <b>LDH</b> )	22.00 EUR
32472	<b>Alpha-1-Antitrypsin</b> , Phänotypisierung	22.00 EUR
32473	Acetylcholinesterase ( <b>AChE</b> ) im Fruchtwasser	22.00 EUR
32474	<b>Proteine in Punktaten</b>	9.20 EUR
32475	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> (mit Ausnahme der Leistung nach der Nr. 32094) unter Angabe der Art der Untersuchung	18.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32468 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32312 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32465 bis 32467 und 32469 bis 32475 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32465 bis 32475 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32465 bis 32475 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und*

08561 berechnungsfähig.

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper)** mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32490 bis 32505,

32490	Antinukleäre Antikörper ( <b>ANA</b> ) als Suchtest	8.20 EUR
32491	Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS ( <b>anti-ds-DNS</b> )	11.20 EUR
32492	<b>Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene</b> , z. B. Sm-, U1-RNP-, SS-A-, SS-B-, Scl-70-, Jo-1-, Histon-Antikörper	11.20 EUR
32493	<b>Antikörper gegen Zentromerantigene</b> , z. B. CENP-B-Antikörper	9.20 EUR
32494	Antimitochondriale Antikörper ( <b>AMA</b> ), auch Subtypen, z. B. AMA-M2	7.70 EUR
32495	Leberspezifische Antikörper, z. B. gegen Leber-/Nieren-Mikrosomen ( <b>LKM-Antikörper</b> ), lösliches Leberantigen ( <b>SLA-Antikörper</b> ), Asialoglykoprotein Rezeptor ( <b>ASGPR-Antikörper</b> )	12.80 EUR
32496	Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten ( <b>ANCA</b> ), z. B. c-ANCA (Proteinase 3-Antikörper), p-ANCA (Myeloperoxidase-Antikörper)	11.20 EUR
32497	<b>Antikörper gegen glatte Muskulatur</b>	12.80 EUR
32498	<b>Herzmuskel-Antikörper</b>	11.80 EUR
32499	<b>Antikörper gegen Skelettmuskulatur</b>	8.70 EUR
32500	<b>Antikörper gegen Inselzellen</b> , z. B. ICA, Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper (GADA)	12.50 EUR
32501	<b>Insulin-Antikörper</b>	12.50 EUR
32502	<b>Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase</b> (-mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin, einmal im Behandlungsfall	8.70 EUR
32503	<b>Phospholipid-Antikörper</b> , z. B. Cardiolipin-Antikörper	8.70 EUR
32504	<b>Thrombozyten-Antikörper</b>	23.00 EUR
32505	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Antikörpers	11.20 EUR

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32490 bis 32505 beträgt 48,50 EURO.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32490 bis 32505 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32490 bis 32505 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32490 bis 32505 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung)** mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32520 bis 32527,

je Untersuchung

32520	<b>B-Lymphozyten</b>	10.20 EUR
32521	<b>T-Lymphozyten</b>	8.70 EUR

32522	<b>CD4-T-Zellen</b>	10.20 EUR
32523	<b>CD8-T-Zellen</b>	10.20 EUR
32524	<b>Natürliche Killerzellen</b>	10.20 EUR
32525	<b>Aktivierete T-Zellen</b>	10.20 EUR
32526	<b>Zytotoxische T-Zellen</b>	10.20 EUR
32527	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	12.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32520 bis 32527 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32520 bis 32527 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32520 bis 32527 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32426	Quantitative Bestimmung von <b>Gesamt-IgE</b>	4.60 EUR
-------	---	----------

*Die Leistung nach der Nr. 32426 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32139, 32429 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32426 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32426 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32427	Untersuchung auf <b>allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen, bis zu 10 Allergenen</b> oder Allergengemischen, je Ansatz	7.70 EUR
-------	---	----------

*Die Leistung nach der Nr. 32427 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32139, 32429 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32427 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32427 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32428	Untersuchung auf <b>allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen</b> , jede weitere, über die Leistung nach der Nr. 32427 hinausgehende Bestimmung <b>bis zu insgesamt 15 Allergenen</b> oder Allergengemischen, je Ansatz	6.10 EUR
-------	---	----------

*Die Leistung nach der Nr. 32428 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32139, 32429 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32428 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32428 ist im Zyklusfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32429 Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline mit mindestens 20 deklarierten Allergenen auf einem vorgefertigten Reagenzträger und Differenzierung nach Einzelallergenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung des Gesamt-IgE

33.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32429 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32429 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32139, 32426 bis 32428 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32429 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32429 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32430 Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation,**

je Nachweis unter Angabe der Art des Proteins

4.90 EUR

*Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32430 beträgt 12,90 EURO.*

*Die Leistung nach der Nr. 32430 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32430 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32430 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32456 Quantitative Bestimmung des Lipoproteins(a)**

12.80 EUR

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32435 bis 32456 beträgt 41,50 EURO.*

*Die Leistung nach der Nr. 32456 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32456 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32456 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32462 **Quantitative Bestimmung einer Immunglobulinsubklasse** 25.60 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32462 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32462 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32462 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32476 Elektrophoretische Trennung von **humanen Proteinen** durch Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren **mit Antigentransfer und anschließender Immunreaktion** (Immunoblot), je Untersuchungsgang unter Angabe der Art der Untersuchung 25.60 EUR
- Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach der Nr. 32476 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32476 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32476 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32476 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32477 **Immunfixationselektrophorese oder Immunelektrophorese**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Immunfixationselektrophorese mit bis zu 3 Antiseren und/oder
  - Immunelektrophorese mit bis zu 3 Antiseren
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Serumeiweiß-Elektrophorese nach der Nr. 32094
- 15.90 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32477 ist bei demselben Material nicht neben der Leistung nach der Nr. 32478 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32477 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32477 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32477 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32478 **Immunfixationselektrophorese oder Immunelektrophorese bei Dys- und Paraproteinämie**
- Obligater Leistungsinhalt*

- Immunfixationselektrophorese mit mindestens vier Antiseren und/oder
- Immunelektrophorese mit mindestens 4 Antiseren,
- bei Dys- und Paraproteinämie

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- isoelektrische Fokussierung oder ähnliche Verfahren,
- Serumeiweiß-Elektrophorese nach der Nr. 32094

18.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32478 ist bei demselben Material nicht neben der Leistung nach der Nr. 32477 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32478 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32478 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32478 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32479 Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Gliadin-Antikörpern** mittels indirekter Immunfluoreszenz oder Immunoassay,  
je IgG und IgA

15.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32479 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32479 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32479 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32506 **Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test)** zum Nachweis von spermien-gebundenen Antikörpern

7.40 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32506 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32507 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32506 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32506 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32507 Nachweis von **Antikörpern gegen Spermien**, ggf. mit mehreren Methoden, insgesamt

19.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32507 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32506 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32507 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32507 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32508 **Quantitative Bestimmung von TSH-Rezeptor-Antikörpern,**  
einmal im Behandlungsfall 11.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32508 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32508 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32508 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32509 **Quantitative Bestimmung von Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern** 56.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32509 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32509 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32509 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32510 **Dichtegradienten- oder immunomagnetische Isolierung von Zellen**  
als vorbereitende Untersuchung 6.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32510 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32510 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32510 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32528 **Nachweis eines HLA-Merkmals**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis eines HLA-Merkmals, z. B. HLA-B27

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Spezifitätskontrolle, z. B. auf kreuzreagierende HLA-Merkmale 15.90 EUR

*Der Höchstwert für Untersuchung nach der Nr. 32528 beträgt 63,60 EUR.*

*Die Leistung nach der Nr. 32528 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32528 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32528 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32529 **Gewebegruppentypisierung** (HLA-A-, -B-, -C-, -DR-Antigene),  
je untersuchte Person 76.70 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32529 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32529 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32529 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32530 Nachweis von **zytotoxischen Alloantikörpern**, ggf. einschl. HLA-Spezifizierung 48.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32530 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32530 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32531 Serologische **Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im Gewebe-System**,  
je Spender 42.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32531 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32531 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32531 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32532 **Lymphozyten-Transformations-Test**, einschl. Kontrollkultur(en) ggf. mit mehreren Mitogenen und/oder Antigenen 153.40 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32532 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32532 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32532 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32533 Untersuchung der **Leukozytenfunktion**, auch unter Anwendung mehrerer Methoden, z. B. Chemotaxis, Phagozytose, insgesamt 25.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32533 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32533 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32533 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32534 Prüfung der **Zytostatikasensitivität** maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen, insgesamt 117.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32534 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32534 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32534 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen

Nachweis oder quantitative Bestimmung von **Blutgruppenantigenen oder -antikörpern** mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32550 bis 32555,

je Antigen oder Antikörper

32550	<b>Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin</b>	12.80 EUR
32551	<b>Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern</b>	12.80 EUR
32552	<b>Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen</b>	10.70 EUR
32553	<b>Nachweis von Hämolysin(en) mit Komplementzusatz</b>	12.00 EUR
32554	<b>Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers</b>	8.70 EUR
32555	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Art der Untersuchung	8.70 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32554 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01809 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32550 bis 32553 und 32555 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32550 bis 32555 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32550 bis 32555 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32540 **Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- A-Untergruppe,
- Serumeigenschaften 9.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32540 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01804 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32540 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32540 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32541 **Nachweis eines Blutgruppenmerkmals** (Antigens) mit **agglutinierenden** oder **konglutinierenden Testseren**, z. B. Rh-Merkmale, Lewis, M, N, P1, 4.60 EUR
- je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens

*Die Leistung nach der Nr. 32541 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01806 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32541 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32541 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32542 **Nachweis eines Blutgruppenmerkmals** (Antigens) mittels **Antiglobulintest** (Coombs-Test), z. B. Dweak, Duffy, Kell, Kidd, 7.20 EUR
- je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens

*Die Leistung nach der Nr. 32542 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01805 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32542 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32542 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32543 **Nachweis von Erythrozytenantikörpern im direkten Antiglobulintest** mit 2 verschiedenen polyspezifischen Antiglobulinseren 6.40 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32543 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32543 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32543 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32544 Nachweis von **Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase**, z. B. **Kälteagglutinine** 5.40 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32544 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32544 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32544 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32545 **Antikörpersuchtest** in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens 2 Testerythrozyten-Präparationen 7.20 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32545 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01807 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32545 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32545 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32546 **Antikörperdifferenzierung** in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen 15.30 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32546 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01808 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32546 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32546 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32556 Serologische **Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)** mit indirektem Antiglobulintest, je Konserve 13.30 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32556 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32556 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32556 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von **Streptokokken-Antikörpern**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32560 bis 32563,

je Untersuchung

32560	<b>Antistreptolysin O-Reaktion</b>	7.40 EUR
32561	<b>Anti-DNase-B-Reaktion</b> (Antistreptodornase)	12.80 EUR
32562	<b>Antistreptokokken - Hyaluronidase</b>	10.20 EUR
32563	<b>Antistreptokinase</b>	12.80 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32560 bis 32563 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32560 bis 32563 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32560 bis 32563 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Antikörpern gegen Krankheitserreger** mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplementbindungsreaktion, Immunpräzipitation (z.B. Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschl. der **Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32585 bis 32641,

je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulinklasse, z. B. IgG-, IgM-Antikörper

32585	<b>Bordetella pertussis-Antikörper</b>	11.80 EUR
32586	<b>Borrelia burgdorferi-Antikörper</b>	7.70 EUR
32587	<b>Brucella-Antikörper</b>	6.10 EUR
32588	<b>Campylobacter-Antikörper</b>	8.20 EUR
32589	<b>Chlamydien-Antikörper</b>	11.20 EUR
32590	<b>Coxiella burnetii-Antikörper</b>	9.20 EUR
32591	<b>Gonokokken-Antikörper</b>	8.20 EUR
32592	<b>Legionellen-Antikörper</b>	8.20 EUR
32593	<b>Leptospiren-Antikörper</b>	9.20 EUR
32594	<b>Listerien-Antikörper</b>	5.10 EUR
32595	<b>Mycoplasma pneumoniae-Antikörper</b>	6.60 EUR
32596	<b>S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper</b>	5.10 EUR
32597	<b>Tetanus-Antitoxin</b>	9.70 EUR
32598	<b>Yersinien-Antikörper</b>	5.60 EUR
32599	<b>Leptospiren-Antikörper</b> mittels Mikroagglutinationsreaktion mit Lebendkulturen	31.70 EUR
32600	<b>Chlamydien-Antikörper</b> (speziesspezifisch) mittels Mikroimmunfluoreszenztest (MIF)	18.90 EUR
32601	<b>Adenoviren-Antikörper</b>	13.30 EUR
32602	<b>Cytomegalievirus-Antikörper</b>	10.70 EUR
32603	<b>Cytomegalievirus-IgM-Antikörper</b>	11.80 EUR
32604	<b>Coxsackieviren-Antikörper</b>	7.70 EUR
32605	<b>EBV-EA-Antikörper</b>	8.70 EUR
32606	<b>EBV-EBNA-Antikörper</b>	8.70 EUR
32607	<b>EBV-VCA-Antikörper</b>	9.70 EUR
32608	<b>EBV-VCA-IgM-Antikörper</b>	10.70 EUR

32609	<b>Echoviren-Antikörper</b>	7.20 EUR
32610	<b>Enteroviren-Antikörper</b>	9.20 EUR
32611	<b>FSME-Virus-Antikörper</b>	12.80 EUR
32612	<b>HAV-Antikörper</b>	6.60 EUR
32613	<b>HAV-IgM-Antikörper</b>	7.20 EUR
32614	<b>HBc-Antikörper</b>	6.60 EUR
32615	<b>HBc-IgM-Antikörper</b>	8.70 EUR
32616	<b>HBe-Antikörper</b>	8.70 EUR
32617	<b>HBs-Antikörper</b>	6.10 EUR
32618	<b>HCV-Antikörper</b>	11.20 EUR
32619	<b>HDV-Antikörper</b> bei nachgewiesener HBV-Infektion	22.00 EUR
32620	<b>HDV-IgM-Antikörper</b> bei nachgewiesener HBV-Infektion	22.00 EUR
32621	<b>HSV-Antikörper</b>	11.20 EUR
32622	<b>Influenzaviren-Antikörper</b>	7.70 EUR
32623	<b>Masernvirus-Antikörper</b>	12.80 EUR
32624	<b>Mumpsvirus-Antikörper</b>	12.80 EUR
32625	<b>Parainfluenzaviren-Antikörper</b>	8.70 EUR
32626	<b>Parvoviren-Antikörper</b>	18.90 EUR
32627	<b>Polioviren-Antikörper</b>	8.70 EUR
32628	<b>RSV-Antikörper</b>	8.70 EUR
32629	<b>Varicella-Zoster-Virus-Antikörper</b>	12.30 EUR
32630	<b>Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper</b>	15.90 EUR
32631	<b>Aspergillus-Antikörper</b>	7.20 EUR
32632	<b>Candida-Antikörper</b>	9.70 EUR
32633	<b>Coccidioides-Antikörper</b>	16.90 EUR
32634	<b>Histoplasma-Antikörper</b>	18.40 EUR
32635	<b>Cysticercus-Antikörper</b>	18.40 EUR
32636	<b>Echinococcus-Antikörper</b>	13.30 EUR
32637	<b>Entamoeba histolytica-Antikörper</b>	13.80 EUR
32638	<b>Leishmania-Antikörper</b>	18.90 EUR
32639	<b>Plasmodien-Antikörper</b>	15.90 EUR
32640	Bestimmung der <b>Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern</b> als Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt	17.90 EUR
32641	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe der Antikörperspezifität	12.30 EUR

*Neben der Leistung nach Nr. 32640 ist die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach Nr. 32571 nicht berechnungsfähig.*

*Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Reagenzträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach den Nrn. 32585 bis 32641 berechnungsfähig.*

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641 und , 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 72,90 EURO.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32585 bis 32641 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32585 bis 32641 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32585 bis 32641 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

	Untersuchungen auf <b>Antikörper gegen Krankheitserreger</b> mittels Immunreaktion mit elektrophoretisch aufgetrennten und/oder diagnostisch gleichwertigen rekombinanten mikrobiellen/viralen Antigenen ( <b>Immunoblot</b> ) als <b>Bestätigungs- oder Abklärungstest</b> nach positivem oder fraglich positivem Antikörpernachweis, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32660 bis 32664,	
32660	<b>HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper (Westernblot)</b>	56.20 EUR
32661	<b>HCV-Antikörper</b>	56.20 EUR
32662	<b>Borrelia-Antikörper</b>	24.00 EUR
32663	<b>Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest</b>	24.00 EUR
32664	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Krankheitserregers	22.50 EUR
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32660 bis 32664 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32660 bis 32664 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32660 bis 32664 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 32660 bis 32664 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.</i>	
32564	<b>Antistaphylolysinbestimmung</b>	
	<i>Obligatorer Leistungsinhalt</i>	
	- Quantitative Antistaphylolysinbestimmung	
	<i>Fakultativer Leistungsinhalt</i>	
	- Qualitativer Suchtest	12.80 EUR
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32564 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32564 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32564 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.</i>	
32565	Qualitativer und/oder quantitativer <b>Cardiolipin-Flockungstest</b> (z. B. <b>VDRL-Test</b> )	5.60 EUR
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32565 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32565 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Leistung nach der Nr. 32565 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.</i>	
32566	<b>Treponementantikörper-Nachweis</b> im <b>TPHA</b> oder mittels	5.10 EUR

**Immunoassay**

*Die Leistung nach der Nr. 32566 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01800 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32566 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32566 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32567 Treponemenantikörper-Nachweis im FTA-ABS-Test** 9.70 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32567 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32567 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32567 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32568 Nachweis von Treponema pallidum-IgM-Antikörpern im 19S-IgM-FTA-ABS-Test, einschl. IgG-Abtrennung** 22.00 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32568 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32568 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32568 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32569 Toxoplasmaantikörper-Nachweis (qualitativer Suchtest)** 6.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32569 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32569 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32569 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32570 Quantitative Bestimmung von Toxoplasma-IgM-Antikörpern nach positivem Suchtest** 10.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32570 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32570 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32570 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32571 **Quantitative Bestimmung von Toxoplasmaantikörpern nach positivem Suchtest**, ggf. einschl. qualitativem Suchtest, unter Angabe der Art der Untersuchung 8.70 EUR
- Die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach der Nr. 32571 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 32640 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32571 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32571 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32571 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32572 **Rötelnantikörper-Nachweis im Hämagglutinationshemmungstest** 6.60 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32572 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01801, 01829 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32572 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32572 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32573 **Rötelnantikörper-Nachweis im HIG-Test** 5.10 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32573 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01802 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32573 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32573 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32574 **Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay** 10.70 EUR
- Die Leistung nach der Nr. 32574 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01802, 01803 und 34291 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32574 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 32574 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 32575 **HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-1- und/oder HIV-1/2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay**, ggf. einschl. HIV-Antigen-Nachweis mittels HIV-Antigen-Antikörper-Kombinationstest 4.60 EUR
- Die Leistungen nach den Nrn. 32575 und 32576 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn die Antikörper-Untersuchungen in einem Ansatz (Antikörper-Kombinationstest) erfolgen.*
- Die Leistung nach der Nr. 32575 ist nicht neben den Leistungen nach*

den Nrn. 01811 und 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32575 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32575 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

- 32576 **HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-2-Antikörper-Nachweis** mittels **Immunoassay**, ggf. einschl. HIV-Antigen-Nachweis mittels HIV-Antigen-Antikörper-Kombinationstest 4.60 EUR

Die Leistungen nach den Nrn. 32575 und 32576 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn die Antikörper-Untersuchungen in einem Ansatz (Antikörper-Kombinationstest) erfolgen.

Die Leistung nach der Nr. 32576 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32576 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32576 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

- 32577 **HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis** mittels **Immunfluoreszenz** 10.20 EUR

Die Leistung nach der Nr. 32577 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32577 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32577 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

- 32642 Nachweis **neutralisierender Antikörper** mittels **Zellkultur(en), in vivo oder im Brutei**,  
je Untersuchung unter Angabe des Antikörpers 17.90 EUR

Die Leistung nach der Nr. 32642 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32642 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 32642 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

### 32.3.8 Parasitologische Untersuchungen

- 32680 Nachweis von **Parasiten-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay**

mit photometrischer oder gleichwertiger Messung,  
je Untersuchung unter Angabe des Antigens 9.50 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32680 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32680 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32680 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32681 Kulturelle Untersuchung auf Protozoen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kulturelle Untersuchung auf Protozoen, z. B. auf Trichomonaden, Lamblien

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),

je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung 3.80 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32681 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32681 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32681 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32682 **Systematische parasitologische Untersuchung** auf einheimische und/oder tropische **Helminthen** und/oder **Helmintheneier nach Anreicherung**, z. B. SAF-, Zink-Sulfat-Anreicherung, einschl. aller mikroskopischen Untersuchungen 6.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32682 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32682 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32682 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

## 32.3.9 Mykologische Untersuchungen

32685 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Agglutination** und/oder **Immunpräzipitation**, je Untersuchung unter Angabe des Antigens 6.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32685 ist nicht neben der Leistung nach der*

*Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32685 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32685 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32686 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung,

je Untersuchung unter Angabe des Antigens

9.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32686 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32686 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32686 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32687 **Kulturelle mykologische Untersuchung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kulturelle mykologische Untersuchung
  - nach Aufbereitung (z. B. Zentrifugation, Auswaschung) und/oder
  - unter Verwendung von mindestens 2 Nährmedien und/oder
  - als Langzeitkultivierung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Keimzahlbestimmung,
- nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

unter Angabe der Art des Untersuchungsmaterials

5.10 EUR

*Die mykologische Untersuchung von Haut-, Schleimhaut- oder Vaginalabstrichen einschl. von Vaginalsekret ist nicht nach der Nr. 32687, sondern nach der Nr. 32145 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32687 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32687 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32687 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32688 **Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen mittels kultureller Verfahren und mikroskopischer Prüfung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- biochemische Differenzierung,

je Pilzart

4.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32688 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32688 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32688 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32689 Biochemische Differenzierung von Hefen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens acht Reaktionen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- kulturelle Verfahren,

je Hefeart

7.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32689 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32689 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32689 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32690 Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren,**

je Antiserum

2.30 EUR

*Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32690 beträgt 11,50 EURO.*

*Die Leistung nach der Nr. 32690 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32690 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32690 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32691 Orientierende Empfindlichkeitsprüfung(en) von Hefen in Reinkultur,**

insgesamt je Körpermaterial

5.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32691 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32691 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32691 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen

Nachweis von **Bakterien-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32702 bis 32707,

je Untersuchung

32702	<b>Chlamydia trachomatis</b>	9.70 EUR
32703	<b>Neisseria gonorrhoeae</b>	7.20 EUR
32704	<b>Mycoplasma pneumoniae</b>	9.70 EUR
32705	<b>Shigatoxin</b> (Verotoxin), ggf. einschl. kultureller Anreicherung	9.70 EUR
32706	<b>Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl</b>	20.50 EUR
32707	<b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Antigens	9.20 EUR

*Die Leistung nach Nr. 32706 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder zum Ausschluss einer Reinfektion bei einer gastroduodenoskopisch gesicherten Ulcus-duodeni-Erkrankung.*

*Die Leistung nach der Nr. 32702 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01813 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32706 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02400, 32315 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32703 bis 32705 und 32707 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32702 bis 32707 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32702 bis 32707 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien**, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32727,

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

je Untersuchung

32720	<b>Urinuntersuchung</b> mit mindestens 2 Nährböden (ausgenommen Eintauchnährböden) und/oder mit apparativer Wachstumsmessung	4.90 EUR
32721	Untersuchung von Sekreten des Respirationstrakts, z. B. <b>Sputum, Bronchialsekret</b> , mit mindestens 3 Nährböden	5.60 EUR
32722	<b>Stuhluntersuchung</b> mit mindestens 5 Nährböden, ggf. <b>einschl. anaerober Untersuchung</b> , z. B. auf Clostridien	7.70 EUR
32723	<b>Stuhluntersuchung</b> mit mindestens 5 Nährböden, einschl. <b>Untersuchung auf Yersinien, Campylobacter</b> und ggf. weitere darmpathogene Bakterien, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z. B. auf Clostridien	10.70 EUR
32724	<b>Aerobe oder anaerobe Untersuchung von Blut</b>	9.70 EUR
32725	<b>Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie-, Bronchiallavage- oder Operationsmaterial</b> , ggf. einschl. anaerober Untersuchung, unter Angabe der Materialart	10.20 EUR
32726	<b>Untersuchung eines Abstrichs</b> , Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens 3 Nährböden unter Angabe der Materialart	6.60 EUR
32727	<b>Untersuchung eines Abstrichs</b> , Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens 5 Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung unter Angabe der Materialart	9.20 EUR

*Anstelle der Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32724 sind die Leistungen nach den Nrn. 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32725 bis 32727 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32725 bis 32727 und 32740 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32724 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32726 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32725 und 32740 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32727 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32727 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32727 sind im Behandlungsfall*

*nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32720 bis 32727 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger,** gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32740 bis 32747

*Obligater Leistungsinhalt*

- Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger unter Verwendung spezieller Nährböden und/oder Kulturverfahren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

je Untersuchung

32740	<b>Untersuchung auf betahämolisierende Streptokokken,</b> z. B. aus dem Rachen, mit mindestens 2 Nährböden	5.40 EUR
32741	<b>Untersuchung auf Neisseria gonorrhoeae</b> unter vermehrter CO <sub>2</sub> -Spannung, ggf. einschl. Oxidase- und/oder $\beta$ -Lactamaseprüfung	5.40 EUR
32742	<b>Untersuchung auf Aktinomyzeten</b>	6.60 EUR
32743	<b>Untersuchung auf Borrelien</b>	6.60 EUR
32744	<b>Untersuchung auf Mykoplasmen,</b> ggf. auch mehrere Gattungen (z. B. Mycoplasma, Ureaplasma)	6.60 EUR
32745	<b>Untersuchung auf Legionellen</b>	6.60 EUR
32746	<b>Untersuchung auf Leptospiren</b>	6.60 EUR
32747	<b>Untersuchung auf Mykobakterien</b> mit mindestens einem flüssigen und 2 festen Kulturmedien	31.70 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32740 ist bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32721, 32726 und 32727 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32741 bis 32746 sind bei demselben Material nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32724, 32725 und 32727 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32740 bis 32747 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32740 bis 32747 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32740 bis 32747 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien,** gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32765

*Obligater Leistungsinhalt*

- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels
  - biochemischer und/oder kultureller Verfahren
  - oder
  - Nukleinsäuresonden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Subkultur(en),
- je Bakterienart und/oder -typ

32760	<b>Verfahren mit bis zu 3 Reaktionen</b>	4.10 EUR
32761	<b>Verfahren mit mindestens 4 Reaktionen</b>	4.60 EUR
32762	<b>Verfahren mit mindestens 10 Reaktionen</b>	8.90 EUR
32763	<b>Differenzierung von strikten Anaerobiern</b>	11.50 EUR
32764	<b>Differenzierung von Tuberkulosebakterien</b> (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, BCG-Stamm)	18.90 EUR
32765	<b>Differenzierung von Mykobakterien</b> , die nicht Tuberkulosebakterien sind (sog. <b>ubiquitäre Mykobakterien</b> ), mit Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen oder mittels Nukleinsäuresonden	23.00 EUR

*Die Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32765 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32765 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32765 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32761 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32760 und 32762 bis 32765 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32762 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32760, 32761 und 32763 bis 32765 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32763 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32762, 32764 und 32765 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32764 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32763 und 32765 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32765 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32760 bis 32764 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32760 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32761 bis 32765 berechnungsfähig.*

32700	Nachweis von <b>Bakterien-Antigenen</b> aus einem Körpermaterial ( <b>Direktnachweis</b> ) mittels <b>Agglutination</b> und/oder <b>Immunpräzipitation</b> , je Untersuchung unter Angabe des Antigens	6.60 EUR
-------	--	----------

*Die Leistung nach der Nr. 32700 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32700 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32708 Mikrobiologischer Nachweis **angeborener Enzymdefekte**, z. B. **Phenylketonurie, Galaktosämie**, im **Hemmtest nach Guthrie**,

je Nachweis

5.60 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32708 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32708 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32708 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32748 **Bakteriologische Untersuchung in vivo**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Bakteriologische Untersuchung in vivo, z. B. Toxinnachweis,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- nachfolgende kulturelle und mikroskopische Untersuchungen,

je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Krankheitserregers

9.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32748 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32748 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32748 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32748 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

32749 Nachweis **bakterieller Toxine**, z. B. Verotoxine, mittels **Zellkultur(en)**,

je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Toxins

12.80 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32749 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32749 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32749 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32750 Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren,**

je Antiserum

2.60 EUR

*Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32750 beträgt 26,00 EURO.*

*Die Leistung nach der Nr. 32750 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32750 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32750 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32766 Empfindlichkeitsprüfungen von ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen 3 bis 7 Chemotherapeutika,**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien gegen drei bis sieben Chemotherapeutika
  - im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder
  - mittels Breakpoint-Methode,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion,

je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

5.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32766 ist bei demselben Material nicht neben der Leistung nach der Nr. 32767 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32766 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32766 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32766 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32767 Empfindlichkeitsprüfungen von ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin gegen mindestens acht Chemotherapeutika,**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin gegen mindestens acht Chemotherapeutika
  - im standardisierten Agar-Diffusionstest und/oder
  - mittels Breakpoint-Methode,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusion,

je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe 8.20 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32767 ist bei demselben Material nicht neben der Leistung nach der Nr. 32766 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32767 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32767 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32767 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32768 Bestimmung der **minimalen Hemmkonzentration** (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten, in **mindestens acht Verdünnungsstufen**,  
je Untersuchungsprobe, insgesamt 17.90 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32768 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32768 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32768 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32769 **Zuschlag** zur Leistung nach der Nr. 32768 bei Bestimmung der **minimalen bakteriziden Konzentration** (MBK) durch Subkulturen,  
je Untersuchungsprobe 6.10 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32769 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32769 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32769 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32770 **Empfindlichkeitsprüfungen von Mykobakterien** in Reinkultur,  
je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in mindestens jeweils  
zwei Abstufungen 9.20 EUR

*Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32770 beträgt 46,00 EURO je Mykobakterienart.*

*Die Leistung nach der Nr. 32770 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32770 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32770 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.11 Virologische Untersuchungen

Nachweis von **Virus-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder mittels **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32780 bis 32791,

je Untersuchung

- |  |           |
|--|-----------|
| 32780 <b>Hepatitis A-Virus (HAV)</b>                           | 7.70 EUR  |
| 32781 <b>Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg)</b>            | 6.10 EUR  |
| 32782 <b>Hepatitis B-e-Antigen (HBeAg)</b>                     | 10.50 EUR |
| 32783 <b>Humanes Immunschwäche-Virus (HIV)</b>                 | 24.50 EUR |
| 32784 <b>Cytomegalievirus (CMV)</b>                            | 12.30 EUR |
| 32785 <b>Herpes simplex-Viren</b>                              | 12.80 EUR |
| 32786 <b>Influenzaviren</b>                                    | 6.10 EUR  |
| 32787 <b>Parainfluenzaviren</b>                                | 6.10 EUR  |
| 32788 <b>Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)</b>                 | 12.30 EUR |
| 32789 <b>Adenoviren</b>  | 8.20 EUR  |
| 32790 <b>Rotaviren</b>   | 7.70 EUR  |
| 32791 <b>Ähnliche Untersuchungen</b> unter Angabe des Antigens | 11.80 EUR |

*Die Leistungen nach den Nrn. 32780 und 32782 bis 32791 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32781 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01810 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32783 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 32824 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32780 bis 32782 und 32784 bis 32791 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32780 bis 32791 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32792 **Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Verwendung spezifischer Antiseren (Immunelektronenmikroskopie) 46.00 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32792 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32792 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32792 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32793 Anzüchtung von Viren, Rickettsien oder Chlamydien in Zellkulturen oder in vivo**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anzüchtung von Viren, Rickettsien oder Chlamydien in Zellkulturen oder in vivo

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Folgekulturen (Passagen) 31.70 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32793 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32793 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32793 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32794 Anzüchtung von Viren oder Rickettsien in einem Brutei 10.20 EUR**

*Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32792 bis 32794 beträgt 72,20 EURO je Körpermaterial.*

*Die Leistung nach der Nr. 32794 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32794 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32794 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

**32795 Typisierung von Viren in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei, je Antiserum 9.20 EUR**

*Die Leistung nach der Nr. 32795 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32795 ist im Behandlungsfall nicht neben den*

*Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32795 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.12 Molekularbiologische Untersuchungen

Nachweis **mikrobieller/viraler Nukleinsäure** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels einer **Amplifikationsmethode** (z. B. Polymerase-Kettenreaktion), einschl. Aufbereitung (z. B. Zellisolierung, Nukleinsäureisolierung, -denaturierung) und Spezifitätskontrolle des Amplifikats (z. B. mittels Elektrophorese und markierter Sonden), ggf. einschl. reverser Transkription und mehreren aufeinanderfolgenden Amplifikationen, je Erregerart und/oder -typ, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32822 bis 32827,

einmal im Behandlungsfall

32822	<b>Hepatitis C-Virus-RNA</b> nach positivem Antikörpertest	40.90 EUR
32823	<b>Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA oder Hepatitis C-Virus-RNA</b> vor oder während der antiviralen Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	89.50 EUR
32824	<b>HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-RNA</b> zur Bestimmung der Virusmenge für die Entscheidung über den Beginn einer medikamentösen antiretroviralen Therapie bei HIV-Infizierten nach positivem Antikörpernachweis und zur Überwachung und ggf. Umstellung der antiretroviralen Therapie oder zum Nachweis einer HIV-Infektion des Neugeborenen einer HIV-antikörperpositiven Mutter	112.50 EUR
32825	<b>DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex (MTC)</b> aus respiratorischen Sekreten von Patienten mit begründetem Verdacht auf eine Lungentuberkulose, wenn mikroskopisch keine säurefesten Stäbchen nachweisbar sind, aus respiratorischen Sekreten von AIDS-Patienten auch bei mikroskopisch positivem Befund, oder aus Liquor cerebrospinalis bei Verdacht auf Meningitis tuberculosa	61.40 EUR
32826	<b>Chlamydia trachomatis-DNA und/oder -RNA</b>	16.40 EUR
32827	<b>Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotyps</b> vor antiviraler Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	102.30 EUR
32828	<b>Genotypische HIV-Resistenztestung</b> bei HIV-Infizierten gemäß Anlage A der BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	360.00 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32824 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.*

*Davon abweichend sind Bestimmungen der Virusmenge zu Beginn oder bei einer Umstellung der medikamentösen antiretroviralen Therapie bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.*

*Neben der Leistung nach der Nr. 32826 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von C. trachomatis nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32822 bis 32828 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32824 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 32376, 32378 und 32783*

*berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32822, 32823 und 32825 bis 32828 sind im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32822 bis 32827 sind bei demselben Erreger nicht neben der Leistung nach der Nr. 32820 berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 32822 bis 32828 sind im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 32820 Nachweis **mikrobieller/viraler Nukleinsäure** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Hybridisierung ohne Amplifikation**, ggf. einschl. Aufbereitung (z. B. Nukleinsäureisolierung, -denaturierung, -transfer),

je Erregerart oder -typ unter Angabe der Art oder des Typs

16.40 EUR

*Die Leistung nach der Nr. 32820 ist je Erregerart bis zu zweimal berechnungsfähig.*

*Neben der Leistung nach der Nr. 32820 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32820 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01813 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32820 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 01601 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32820 ist bei demselben Erreger nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 32822 bis 32827 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32820 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

### 32.3.13 Zyto- und molekulargenetische Untersuchungen

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) je Quartal nur bis zu einer begrenzten fallzahlabhängigen Gesamtpunktzahl berechnungsfähig. Die Höhe dieser fallzahlabhängigen Gesamtpunktzahl ergibt sich aus dem Produkt der Zahl der kurativ-ambulanten Fälle, in denen mindestens eine Leistung dieses Abschnitts berechnet wurde, und einer Fallpunktzahl von 7800 Punkten.

- 32850 **Chromosomenanalyse** aus Zellen des **hämatopoetischen Systems**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Vorangegangene Kultivierung,
- X-Chromation-Bestimmung und/oder Y-Chromation-Bestimmung,

je Untersuchung

3345 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 32850 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32850 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08571 und 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32850 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32850 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01793, 01836, 01838, 11231, 11310 bis 11312 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig.*

### 32851 Chromosomenanalyse aus Fibroblasten

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenanalyse aus Fibroblasten,
- Vorangegangene Kultivierung,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- X-Chromatin-Bestimmung und/oder Y-Chromatin-Bestimmung,

je Untersuchung

3815 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 32851 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32851 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601, 08571 und 08573 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32851 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32851 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01793, 01836, 01838, 11231, 11310 bis 11312 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig.*

### 32852 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 32850 und 32851 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch die Anwendung besonderer Techniken

*Obligater Leistungsinhalt*

- Chromosomenbandenanalyse aus unterschiedlichen Langzeit-Kultivierungen und/oder
- Untersuchung von Chromosomenaberrationen an Metaphasechromosomen oder Interphasekernen mittels DNA-Hybridisierung und/oder
- Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Fotographische Dokumentation,

je angewendetes Färbeverfahren oder je untersuchter Zielsequenz (je Sonde)

1075 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 32852 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32852 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32852 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32852 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 11310 bis 11312 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig.*

**32855 Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung menschlicher DNA***Obligater Leistungsinhalt*

- Hybridisierung menschlicher DNA mit markierten Sonden,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Extraktion menschlicher DNA aus Zellen oder Gewebeproben,
- Spaltung menschlicher DNA mittels eines Restriktionsenzym,
- Southern-Transfer mit anschließender qualitativer Auswertung mittels Autoradiographie oder nicht-radioaktiver Verfahren,
- Auswertung der erhobenen Befunde,

je Sonde

715 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 32855 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32855 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32855 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32855 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 11310 bis 11312 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig.*

**32856 Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Amplifikation menschlicher DNA mittels Polymerase-Kettenreaktion***Obligater Leistungsinhalt*

- Amplifikation menschlicher DNA mittels Polymerase-Kettenreaktion,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Extraktion menschlicher DNA aus Zellen oder Gewebeproben,
- Spaltung menschlicher DNA mittels eines Restriktionsenzym,
- Elektrophoretische Auftrennung und qualitative Auswertung,
- Auswertung der erhobenen Befunde,
- Elektrophoretische Auftrennung und qualitative Auswertung,

je unterschiedlicher Zielsequenz (Primerpaar)

575 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 32856 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32856 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32856 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32856 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 11231, 11310 bis 11312 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig.*

**32857 Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sequenzierung menschlicher DNA zum Nachweis von Punktmutationen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Extraktion menschlicher DNA aus Zellen oder Gewebeproben,
- Spaltung menschlicher DNA mittels eines Restriktionsenzym,
- Auswertung der erhobenen Befund,

je Ansatz

2575 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 32857 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32857 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600, 01601 und 08571 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32857 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 32857 ist im Krankheitsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01791, 01836, 08573, 11231, 11310 bis 11312 und 11320 bis 11322 berechnungsfähig.*

### 33 Ultraschalldiagnostik

1. Die Berechnung der Leistungen dieses Kapitels setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
2. Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebenden Verfahrens, ggf. als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, ist - mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und der leeren Harnblase bei Restharnbestimmung - obligater Bestandteil der Leistungen.
3. Die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist obligater Bestandteil der Leistungen
4. Optische Führungshilfen mittels Ultraschall sind ausschließlich nach der Nrn. 33091 und 33092 zu berechnen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Leistungen.

#### 33000 Ultraschalluntersuchung des Auges

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Ultraschalluntersuchung des Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ultraschalluntersuchung der umgebenden Strukturen,
- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle des zweiten Auges

255 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33000 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

#### 33001 Ultraschall-Biometrie des Auges

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Ultraschall-Biometrie der Achsenlänge eines Auges
- Berechnung einer intraokularen Linse eines Auges,
- Graphische Dokumentation

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Messung von Teilabschnitten der Achsenlänge

130 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33001 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

#### 33002 Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie

##### *Obligater Leistungsinhalt*

- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie

##### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Messung der Hornhautdicke des zweiten Auges mittels  
Ultraschall-Pachymetrie 145 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33002 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und  
31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33010 Sonographische Untersuchung der **Nasennebenhöhlen** mittels  
**A-Mode-** und/oder **B-Mode-**Verfahrens 145 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33010 ist nicht neben der Leistung nach der  
Nr. 33011 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33010 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und  
31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33011 **Sonographie** der **Gesichtsweichteile, Halsweichteile,**  
**Speicheldrüsen**
- Obligater Leistungsinhalt*
- Sonographische Untersuchung der Gesichtsweichteile und/oder  
Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) mittels  
B-Mode-Verfahrens
  - und/oder
  - Nasennebenhöhlen-B-Mode-Sonographie
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 33010 235 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33011 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 33010 und 33081 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33011 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und  
31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33012 Sonographische Untersuchung der **Schilddrüse** mittels  
**B-Mode-**Verfahrens 205 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33012 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und  
31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33020 **Echokardiographische Untersuchung** mittels **M-Mode-** und  
**B-Mode-**Verfahrens 675 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33020 ist nicht neben den Leistungen nach  
den Nrn. 33021, 33022, 33030 und 33031 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33020 ist am Behandlungstag nicht neben  
den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und  
31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33020 ist im Behandlungsfall nicht neben der  
Leistung nach der Nr. 13550 berechnungsfähig.*
- 33021 **Doppler-Echokardiographie** mittels **PW-** und/oder **CW-Doppler** 705 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33021 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33020, 33022, 33030 und 33031 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33021 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33021 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775 und 13550 berechnungsfähig.*

**33022 Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahrens mit Farbcodierung** 850 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33022 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33020, 33021, 33030 und 33031 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33022 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33022 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775 und 13550 berechnungsfähig.*

**33023 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 13550 sowie 33020 bis 33022 bei **transösophagealer Durchführung** 945 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33023 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

**33030 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung** in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung 1865 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33030 kann nur berechnet werden, wenn die Praxis über die Möglichkeit zur Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügt.*

*Die Leistung nach der Nr. 33030 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33020 bis 33022 und 33031 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33030 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33030 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13550 berechnungsfähig.*

**33031 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung** in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung 2105 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33031 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33020 bis 33022 und 33030 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33031 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33031 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 13550 berechnungsfähig.*

- 33040 Sonographische Untersuchung der **Thoraxorgane** mittels B-Mode-Verfahrens 310 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33040 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 33081 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33040 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01772, 01773 und 13550 berechnungsfähig.*
- 33041 Sonographische Untersuchung einer oder beider **Brustdrüsen** mittels **B-Mode-Verfahrens**, ggf. einschl. der regionalen Lymphknoten 430 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33041 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 08320 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33041 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33042 Sonographische Untersuchung des **Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren** mittels **B-Mode-Verfahrens**, je Sitzung 380 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33042 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01773, 01781, 01782, 01787, 01831, 01904, 08341, 33043 und 33081 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33042 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33042 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01772, 01773, 01780 und 26330 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33042 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*
- 33043 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **Uro-Genital-Organen** mittels **B-Mode-Verfahrens** 205 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33043 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01904, 33042, 33044 und 33081 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33043 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33043 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772 bis 01775, 01780 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33043 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33043 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

33044 Sonographische Untersuchung der **weiblichen Genitalorgane** mittels **B-Mode**-Verfahrens

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der weiblichen Genitalorgane mittels B-Mode-Verfahrens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Transkavitäre Untersuchung

355 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33044 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904 bis 01906, 01912, 08341, 33043, 33081 und 33090 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33044 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33044 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01780 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33044 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33044 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

33050 Sonographische Untersuchung von **Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates** (Sehne, Muskel, Bursa) mittels **B-Mode**-Verfahrens

190 Punkte

*Sonographische Untersuchungen der Säuglingshöften können nicht mit der Leistung nach der Nr. 33050 abgerechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 33050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01722, 33051 und 33081 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33050 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33050 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01772 und 01773 berechnungsfähig.*

- 33051 Sonographische Untersuchung der **Säuglingshöften** mittels **B-Mode**-Verfahrens 280 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33051 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01722 und 33050 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33051 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33052 **Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Säugling** 285 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33052 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- 33060 Sonographische Untersuchung **extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales** mittels **CW-Doppler**-Verfahrens an mindestens 14 Ableitungsstellen
- Obligater Leistungsinhalt*
- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
  - Mittels CW-Doppler,
  - An mindestens 14 Ableitungsstellen
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Frequenzspektrumanalyse
- 725 Punkte
- Höchstens zweimal im Behandlungsfall*
- Die Leistung nach der Nr. 33060 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33060 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300, 13550 und 33070 berechnungsfähig.*
- 33061 Sonographische Untersuchung der **extremitätenver- und entsorgenden Gefäße** mittels **CW-Doppler**-Verfahrens an mindestens 3 Ableitungsstellen, je Extremität, 255 Punkte
- je Seite
- Die Leistung nach der Nr. 33061 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33061 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300, 13550 und 30500 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33061 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*

- 33062 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **CW-Doppler**-Verfahrens, einschließlich Tumescenzmessung 190 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33062 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33062 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774 und 01775 berechnungsfähig.*
- 33063 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen Gefäße** mittels **PW-Doppler**-Verfahrens an mindestens 7 Ableitungsstellen 630 Punkte
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Frequenzspektrumanalyse
- Die Leistung nach der Nr. 33063 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33063 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 13550 berechnungsfähig.*
- 33070 Sonographische Untersuchung der **extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahrens von mindestens 6 Gefäßabschnitten 1035 Punkte
- Obligater Leistungsinhalt*
- Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahrens von mindestens 6 Gefäßabschnitten
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Leistung nach der Nr. 33060
- Die Leistung nach der Nr. 33070 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33070 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300, 13550 und 33060 berechnungsfähig.*
- 33071 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahrens 620 Punkte
- Die Leistung nach der Nr. 33071 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*
- Die Leistung nach der Nr. 33071 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 13550 berechnungsfähig.*
- 33072 Sonographische Untersuchung der **extremitätenver- und entsorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahrens, je Sitzung 640 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33072 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33072 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33072 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 13550 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33072 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637 berechnungsfähig.*

- 33073 Sonographische Untersuchung der **abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums** mittels **Duplex-Verfahrens**,  
je Sitzung

640 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33073 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33073 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33073 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 13550 berechnungsfähig.*

- 33074 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des weiblichen Genitalsystems** mittels **Duplex-Verfahrens**

505 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33074 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33074 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774 und 01775 berechnungsfähig.*

- 33075 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 33070 bis 33074 für die Durchführung der Untersuchung als **farbcodierte Untersuchung**

150 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33075 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33075 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 13550 berechnungsfähig.*

- 33076 Sonographische Untersuchung der **Venen einer Extremität** mittels **B-Mode-Verfahrens** von mindestens 8 Beschallungsstellen

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33076 ist am Behandlungstag nicht neben*

den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33076 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13300 und 13550 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33076 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

33080 Sonographische Untersuchung der **Haut und Subkutis** mittels **B-Mode**-Verfahrens

*Obligater Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahrens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Sonographische Untersuchung der subkutanen Lymphknoten

180 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 33080 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33081 Sonographische Untersuchung von **Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33063, 33070 bis 33076 und 33080 sind**, mittels **B-Mode**-Verfahrens

165 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 33081 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01902, 01904, 33011, 33040, 33042 bis 33044 und 33050 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33081 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33081 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01772, 01773 und 26330 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33081 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

33090 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 33040, 33042, 33043 und 33081 **bei transkavitärer Untersuchung**

145 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 33090 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 01782, 01787, 01830, 08341 und 33044 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33090 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33090 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.

*Die Leistung nach der Nr. 33090 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

- 33091 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 33012, 33041 und 33081 für **optische Führungshilfe**

235 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33091 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33091 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33091 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08341, 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

- 33092 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 33042 und 33043 für **optische Führungshilfe**

295 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 33092 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33092 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 33092 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08341, 08541, 08550 bis 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.*

## 34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie

### 34.1 Präambel

1. Die Leistungen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, Röntgenverordnung und des Medizinproduktegesetzes sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 136 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.
2. Die Berechnung der Leistungen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder zur Kernspintomographie-Vereinbarung oder zur Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder zur Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Bei Aufträgen zur Durchführung von radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen hat der überweisende Vertragsarzt Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. der Leistungslegende zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen. Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Leistungen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages - auch im Sinne einer Beratung des Patienten, die eine Auftragserweiterung zur Folge haben könnte - bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.
4. In den abrechnungsfähigen Leistungen dieses Kapitels sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation, Befunde nach der Nr. 45 sowie Briefe nach der Nr. 46 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.
5. Einstellungsdurchleuchtungen und ggf. notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel sind Bestandteil der entsprechenden Leistungen.

### 34.2 Diagnostische Radiologie

#### 34.2.1 Schädel, Halsweichteile

##### 34210 Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34210 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34210 ist im Behandlungsfall nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34210 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34211 Panoramaschichtaufnahme des Kiefers**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers 180 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34211 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34230 und 34282 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34211 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34211 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34212 Röntgenaufnahme der Halsorgane oder des Mundbodens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n)
  - der Halsorgane
  - und/oder
  - des Mundbodens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Breischluck 250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34212 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34212 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34212 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie**

#### **34220 Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax oder seiner Teile**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen des knöchernen Thorax in mindestens 2 Ebenen und/oder
- Aufnahmen seiner Teile in mindestens zwei Ebenen, je Körperseite 230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34220 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34220 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34221 Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelsäulenabschnittes, je Wirbelsäulenabschnitt

365 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34221 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34222 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34221 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34221 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34222 Röntgenaufnahme der gesamten Wirbelsäule**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) im Stehen,
- Anterior-posteriorer Strahlengang und/oder
- Seitlicher Strahlengang

455 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34222 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34221 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34222 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34222 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34223 Myelographie(n)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Einbringung des Kontrastmittels,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelkanal-Abschnittes,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Lumbalpunktion(en)

1850 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34223 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 02342 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34223 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34223 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen des Skeletts, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile, Arthrographien

#### 34230 Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme eines Skelettteiles oder Kopfteiles,
- Aufnahme(n) in einer Ebene,

je Teil

185 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34230 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34210 bis 34212, 34220 bis 34222 und 34231 bis 34234 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34230 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34231 Röntgenaufnahmen der Schulter, des Schultergürtels oder deren Teile

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen und/oder Teilaufnahmen
  - der Schulter
  - und/oder
  - des Schultergürtels,

je Teil

340 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34231 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34231 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34231 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34232 Röntgenaufnahmen der Hand, des Fußes oder deren Teile

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
  - der Hand

- oder
  - des Fußes
- und/oder
- deren Teile,

je Teil

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34232 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830, 02100 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34232 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34232 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34233 Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der nach Nr. 34232 genannten Extremitätenteile**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
  - der Extremitätenund/oder
  - deren Teile,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Aufnahmen des distalen Unterarms,
- Aufnahmen des distalen Unterschenkels,

je Teil

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34233 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830, 02100 und 34230 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34233 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34233 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34234 Röntgenaufnahme des Beckens oder dessen Weichteile**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in einer Ebene,
- Aufnahme(n)
  - des Beckensund/oder
  - dessen Weichteile

180 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34234 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830, 02100, 34230 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34234 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34234 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34235 Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenkontrastuntersuchung
  - der Schulter
  - oder
  - des Ellbogens
  - oder
  - des Hüftgelenks
  - oder
  - des Kniegelenks,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gelenkpunktion(en),

je Gelenk

1605 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34235 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02340, 02341, 17371 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34235 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34235 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34236 Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Leistung nach der Nr. 34235 genannten Gelenke**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Gelenkpunktion(en),

je Seite, höchstens fünfmal am Behandlungstag

1340 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34236 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02340, 02341, 17371 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34236 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34236 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

## 34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens

### 34240 Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in einer Ebene

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Breischluck

205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34240 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.*

*Die Leistung nach der Nr. 34240 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 09316, 34241 und 34242 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34240 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34240 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34241 Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Breischluck

365 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34241 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.*

*Die Leistung nach der Nr. 34241 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 09316, 34240, 34242 und 34280 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34241 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34241 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34242 Röntgenübersichtsaufnahme der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Durchleuchtung (BV/TV)

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Breischluck

725 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34242 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.*

*Die Leistung nach der Nr. 34242 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34240, 34241, 34246, 34280 und 34281*

*berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34242 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34242 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34243 Röntgenübersichtsaufnahme des Abdomens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in einer Ebene

230 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34243 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34244, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34243 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34243 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34244 Röntgenübersichtsaufnahme des Abdomens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

340 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34244 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34243, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34244 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34244 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34245 Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in einer Ebene

250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34245 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34245 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34245 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34246 Röntgenuntersuchung der Speiseröhre**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34246 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34242, 34247, 34260, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34246 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34246 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34247 Röntgenuntersuchung der Speiseröhre, des Magens und/oder des Zwölffingerdarms**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV),
- Doppelkontrasttechnik,
- Darstellung
  - des Magens
  - und/oder
  - des Zwölffingerdarms

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung der Speiseröhre

1155 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34247 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34243 bis 34246, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34247 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34247 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34248 Röntgenuntersuchung des Dünndarms**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des ganzen Dünndarms in Doppelkontrasttechnik,
- Einbringung des Kontrastmittels mittels einer Sonde (Sellink-Technik)

2580 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34248 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34243 bis 34245 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34248 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34248 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34250 Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge**

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),

- Darstellung der
  - Gallenblase
  - und/oder
  - Gallengänge

1020 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34250 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 13430, 13431, 34243 bis 34245 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34250 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34250 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34251 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Dickdarmes retrograd bis zur Ileocoecalklappe in Doppelkontrasttechnik
- oder
- Stopplokalisation bei Tumor und/oder Ileus
- oder
- Darstellung des Restcolons über Stoma,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

2175 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34251 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34243 bis 34245, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34251 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34251 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34252 Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Kind

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Dickdarms bei einem Kind,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Reposition bei Invagination

1870 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34252 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34243 bis 34245, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34252 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34252 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

## 34.2.5 Urogenitalorgane

**34255 Ausscheidungsurographie***Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenaufnahme(n) nach Kontrastmittelgabe

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abdomenübersichtsaufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung,
- Spätaufnahme(n)

895 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34255 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34243 bis 34245, 34257 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34255 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34255 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34256 Urethrozystographie oder Refluxzystogramm***Obligater Leistungsinhalt*

- Abdomenübersichtsaufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Miktionsaufnahme(n)

1550 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34256 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34243 bis 34245, 34257 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34256 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34256 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34257 Retrograde Pyelographie einer Seite***Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Leeraufnahme(n),
- Zystoskopie

2160 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34257 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830, 02100, 34243 bis 34245, 34255, 34256 und 34260 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34257 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34257 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34.2.6 Gangsysteme**

**34260 Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln***Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung von
  - natürlichen Gangsystemenoder
  - krankhaft entstandenen Gangsystemenoder
  - Höhlenoder
  - Fisteln

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Abdomenteilaufnahme(n),
- Beckenteilaufnahme

920 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34260 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830, 02100, 34234 bis 34236, 34243 bis 34246, 34250 und 34255 bis 34257 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34260 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34260 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08560 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34260 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34.2.7 Mammographie****34270 Mammographie***Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahmen der Mamma mit axillärem Fortsatz,
- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,

je Seite

685 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34270 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01830 und 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34270 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34270 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 08560 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34270 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34271 Zuschlag** zu der Leistung nach der **Nr. 34270** für die präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund

und/oder Mammastanzbiopsie unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund

*Obligater Leistungsinhalt*

- Biopsie(n) bei nicht tastbarem Befund und/oder
- Präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund und/oder
- Mammastanzbiopsie(n) unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund,
- Mittels definierter Zielgeräte (z. B. Mammotom),

je Seite

2145 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34271 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34271 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34271 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34272 Mammateilaufnahme(n)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in mindestens einer Ebene,
- Vergrößerungstechnik,

je Seite

630 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34272 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34272 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34272 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34273 Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Aufnahme(n) in einer Ebene

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Vergrößerungstechnik

210 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34273 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34273 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34273 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach*

*Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.2.8 Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen

#### 34280 **Durchleuchtung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV

235 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34280 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Einzelleistungen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungs- und/oder Schichtaufnahmen als Teilleistungen beinhalten.*

*Die Leistung nach der Nr. 34280 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34241, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34281, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296 und 34500 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34280 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34280 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34281 **Durchleuchtung (BV/TV) zur weiteren diagnostischen Abklärung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchleuchtung(en) (BV/TV) bei Fraktur(en), Luxation(en) oder eingedrungenen Fremdkörpern zur weiteren diagnostischen Abklärung nach Durchführung von konventionell radiologischen Aufnahme(n),
- Vorlage von Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

145 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.*

*Die Leistung nach der Nr. 34281 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Einzelleistungen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungen beinhalten.*

*Die Leistung nach der Nr. 34281 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34280, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296 und 34500 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34281 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34281 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34282 **Schichtaufnahmen,**

je Strahlengang und Projektionsrichtung

975 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34282 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34211 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34282 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 26330 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34282 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.2.9 Gefäße

1. Die Leistungen bzw. Zuschläge nach den Nrn. 34290 bis 34292 sind nur einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant und/oder belegärztlich) berechnungsfähig.
2. Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden gemäß § 41 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 1 EKV nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre (belegärztliche) Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird.
3. Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 34283 und 34286 setzt eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 34291 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

#### 34283 Serienangiographie

*Obligatorer Leistungsinhalt*

- Serienangiographie der arteriellen Strombahn,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation,

je Sitzung

4125 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34283 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Neben der Leistung nach der Nr. 34283 sind in demselben Behandlungsfall nur die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01530, 01600, 01601, 01602, 01620 bis 01622, die Leistungen der Kapitel 13, 24 und 32 sowie der Abschnitte 34.2, 34.3, 40.2, 40.3, 40.4, 40.5 und 40.9 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34283 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34283 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34290 und 34292 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34283 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34283 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach*

*Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

34284 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 34283 bei selektiver Darstellung hirnersorgender Gefäße

*Obligater Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung hirnersorgender Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

2595 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 34284 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Leistung nach der Nr. 34283 berechnungsfähigen Leistungen die Leistung nach der Nr. 01531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34284 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34285 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34284 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34290 und 34292 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34284 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34284 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

34285 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in Nr. 34284 genannter Gefäße

*Obligater Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung anderer als in Nr. 34284 genannter Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

1270 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 34285 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Leistung nach der Nr. 34283 berechnungsfähigen Leistungen die Leistung nach der Nr. 01531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34285 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331 und 34284 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34285 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34290 und 34292 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34285 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34285 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

34286 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablation, Lyse)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse),
- Kontrastmitteleinbringung(en)

5885 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 34286 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Leistung nach der Nr. 34283 berechnungsfähigen Leistungen die Leistung nach der Nr. 01531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34286 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34286 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 34292 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34286 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34286 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34287 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 34283 bei Verwendung eines C-Bogens

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verwendung eines C-Bogens,
- Anwendung eines mindestens 36 cm-Bildverstärkers

305 Punkte

*Neben der Leistung nach der Nr. 34287 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Leistung nach der Nr. 34283 berechnungsfähigen Leistungen die Leistung nach der Nr. 01531 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34287 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34287 ist am Behandlungstag nicht neben der Leistung nach der Nr. 34292 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34287 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34287 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34290 Angiokardiographie** bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

*Obligater Leistungsinhalt*

- Angiokardiographie bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation

3240 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34290 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34290 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34283 bis 34285 und 34292*

*berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34290 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34290 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34291 **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,
- Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,
- Durchführung einer Angiokardiographie nach der Nr. 34290,
- Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit),

einmal im Behandlungsfall

8435 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34291 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330 und 02331 und nicht neben den Leistungen des Kapitels 32 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34291 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01530, 01531, 34283 bis 34287 und 34290 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 34.3 und 34.4 sowie den Leistungen der Kapitel 2 und 35 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34291 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34292 **Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTCA, Stent)

10260 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34292 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02330, 02331, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34292 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34292 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34292 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34293 **Lymphographie**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete,

1910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34293 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34280, 34281 und 34297 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34293 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34293 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34294 Phlebographie***Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete,

je Extremität

995 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34294 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34280, 34281, 34296 und 34297 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34294 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34294 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34295 Zuschlag** zu der Leistung nach der Nr. 34294 für die computergestützte Analyse

200 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34295 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34295 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34295 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34296 Phlebographie des Brust- oder Bauchraumes***Obligater Leistungsinhalt*

- Phlebographie(n) des Brust- und/oder Bauchraumes,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Computergestützte Analyse

1990 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34296 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34280, 34281, 34294 und 34297 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34296 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34296 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach*

*Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34297 Embolisations- oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung(en) von Varikozelen,
- Kontrastmitteldarstellung(en)

2340 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34297 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34293, 34294 und 34296 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34297 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34297 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

## 34.3 Computertomographie

1. Digitale Radiogramme zur Einstellung sind Bestandteil der computertomographischen Leistungen.
2. Bei Benennung von Begrenzungen anatomischer Strukturen und/oder der Anfertigung von Dünnschichten müssen die Schichten aneinandergrenzen.

### 34.3.1 Neurocranium und Wirbelsäule

#### 34310 CT-Untersuchung des Neurocraniums

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Neurocraniums,
- Anfertigung von Dünnschichten ( $\leq 5\text{mm}$ ) der hinteren Schädelgrube

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anfertigung weiterer Dünnschichten

1500 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34311 CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung von mindestens 2 Segmenten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung weiterer Segmente,

je Wirbelsäulenabschnitt

1820 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34311 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34311 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34312 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 34310 und 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekaler Kontrastmittelgabe

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

1045 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34312 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34312 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.3.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

**34320 CT-Untersuchung des Gesichtsschädels**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anfertigung von Dünnschichten ( $\leq 4\text{mm}$ )

1820 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34320 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34321 CT-Untersuchung der Schädelbasis**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anfertigung von Dünnschichten ( $\leq 2\text{mm}$ )

1545 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34321 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34321 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34322 CT-Untersuchung der Halsweichteile***Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung von HWK 1 bis HWK 7,
- Anfertigung von Schichten ( $\leq 5$  mm)

1880 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34322 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360, 34422 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34322 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34.3.3 Thorax****34330 CT-Untersuchung des Thorax***Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Mediastinums,
- Darstellung der Lungen,
- Darstellung der Pleura

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung knöcherner Strukturen des Thorax

1615 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34330 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34.3.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken****34340 CT-Untersuchung des Oberbauches***Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung vom Zwerchfell bis einschließlich Nieren

1630 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34340 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34341, 34342, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34341 CT-Untersuchung des gesamten Abdomens***Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung vom Zwerchfell bis zum Beckenboden

2010 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34341 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34340, 34342, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34341 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34342 **CT-Untersuchung des Beckens**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung vom Beckenkamm bis zum Beckenboden

1630 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34342 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34340, 34341, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34342 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34342 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34343 **Zuschlag** für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung mindestens eines vollständigen Abdomenabschnittes, je Sitzung

1205 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34343 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34344, 34345, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34343 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34343 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34344 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 34340 und 34341 für die Anfertigung von dynamischen Serien

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Anfertigung von mindestens 2 vollständigen Kontrastmittel-Phasen

1250 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34344 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34343, 34345, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34344 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34344 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

34345 **Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330 und 34340 bis 34342 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel

*Obligater Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

560 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34345 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34343, 34344 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34345 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.3.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34350 **CT-Untersuchung der Extremitäten oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Nr. 34351 abzurechnenden Extremitätenteile**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Extremitäten und/oder
- der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der nach Nr. 34351 genannten und/oder
- der Teile des Schultergürtels und/oder
- des Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anfertigung von Dünnschichten

1395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34350 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

34351 **CT-Untersuchung der Hand, des Fußes oder deren Teile**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Hand oder des Fußes oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzender Gelenke,

1395 Punkte

- Beidseitige Untersuchung

*Die Leistung nach der Nr. 34351 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34360 und 34502 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34351 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34351 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.3.6 Bestrahlungsplanung CT

#### 34360 CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

945 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34360 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 34360 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350, 34351 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.4 Magnet-Resonanz-Tomographie

1. Die MRT-Untersuchung beinhaltet die Durchführung von mindestens vier Sequenzen.
2. Topogramm und/oder mehrere Echos stellen keine gesonderten Sequenzen dar.
3. Die Berechnung der Leistungen dieses Abschnitts setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. MRT-Untersuchungen der Mamma außerhalb der Indikation nach der Nr. 34431, MRT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße sowie MR-Spektroskopien sind kein Leistungsbestandteil der Leistungen nach den Nrn. 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460.
5. Einstellungs- und Lokalisationssequenzen sind in den Leistungen enthalten.

#### 34.4.1 Neurocranium und Wirbelsäule

##### 34410 MRT-Untersuchung des Neurocraniums

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Neurocraniums

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34410 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34410 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34410 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34411 MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule***Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung mindestens des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der HWS (HWK1 bis HWK8/BWK1)
- oder
- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der BWS (BWK1 bis LWK1)
- oder
- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der LWS (LWK1 bis SWK1)
- und/oder
- Darstellung des Kreuzbeines,
- Darstellung in 2 Ebenen,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

je Wirbelsäulenabschnitt

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34411 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34411 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34.4.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile****34420 MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels***Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung in 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34420 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34420 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34420 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34421 MRT-Untersuchung der Schädelbasis**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung in 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34421 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34421 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### **34422 MRT-Untersuchung der Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung in 2 Ebenen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34422 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34322 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34422 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34422 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### **34.4.3 Thorax**

#### **34430 MRT-Untersuchung des Thorax**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung in 2 Ebenen,
- Darstellung
  - des Mediastinums und/oder
  - der Lungen

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34430 ist nicht neben den Leistungen nach*

den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 34430 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 34430 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.

#### 34431 MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse gemäß der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

*Obligater Leistungsinhalt*

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zum Rezidivausschluss (frühestens 6 Monate nach der Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Bestrahlungstherapie) eines histologisch gesicherten Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie, auch nach Wiederaufbauplastik, für den Fall, dass eine vorausgegangene mammographische und sonographische Untersuchung die Dignität des Rezidivverdachtetes nicht klären konnte oder
- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zur Primärtumorsuche bei axillärer(n) Lymphknotenmetastase(n), deren histologische Morphologie ein Mamma-Karzinom nicht ausschließt, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mittels mammographischer und sonographischer Untersuchung dargestellt werden konnte,
- Native Darstellung,
- Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels,
- Mindestens 4 Untersuchungssequenzen,
- Dynamische Messungen,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

5880 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 34431 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34452 und 34460 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 34431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 34431 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.

### 34.4.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

#### 34440 MRT-Untersuchung des Oberbauches

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Zwerchfells bis einschließlich Nieren,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 34440 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34441, 34442 und 34460 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 34440 ist im Behandlungsfall nicht neben den

*Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34440 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34441 MRT-Untersuchung des Abdomens

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des Zwerchfells bis zum Beckenboden

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34441 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34440, 34442 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34441 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34441 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

#### 34442 MRT-Untersuchung des Beckens

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung des gesamten Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34442 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34440, 34441 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34442 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34442 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.4.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

#### 34450 MRT-Untersuchung der Extremitäten oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Nr. 34451 abzurechnenden Extremitätenteile

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung
  - der Extremitäten und/oder
  - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der nach Nr. 34451 genannten und/oder
  - der Teile des Schultergürtels und/oder

- des Beckens

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34450 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34450 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34450 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34451 MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes oder deren Teile**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Darstellung der Hand oder des Fußes  
oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzende Gelenke,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

2910 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34451 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34451 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34451 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34452 Zuschlag** zu den Leistungen nach den Nrn. 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung der jeweils zuschlagsberechtigten Leistung erfolgte mit Kontrastmitteleinbringung(en)

1075 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34452 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 34431 und 34460 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34452 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34452 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34.4.6 Bestrahlungsplanung MRT

**34460 MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die**

**Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie***Obligater Leistungsinhalt*

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Kontrastmitteleinbringung(en)

1985 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34460 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.*

*Die Leistung nach der Nr. 34460 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 34360 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 34.4.1, 34.4.2, 34.4.3, 34.4.4 und 34.4.5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34460 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01600 und 34291 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34460 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen****34500 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC***Obligater Leistungsinhalt*

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

1800 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34500 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 34280 und 34281 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34500 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34500 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

**34501 Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent***Obligater Leistungsinhalt*

Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

2400 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34501 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02300 bis 02302, 02340 und 02341 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34501 ist im Behandlungsfall nicht neben der*

*Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34501 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

### 34502 CT-gesteuerte Intervention

*Obligater Leistungsinhalt*

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Erfolgskontrolle mittels CT-Untersuchung,
- Leistung nach der Nr. 02100,
- Leistung nach der Nr. 02331,
- Leistung nach der Nr. 02340,
- Leistung nach der Nr. 02341

2420 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34502 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 02100, 02300 bis 02302, 02331 und 02340 bis 02343 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34502 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34502 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

## 34.6 Osteodensitometrie

### 34600 Osteodensitometrische Untersuchung

*Obligater Leistungsinhalt*

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Photonenabsorptions-Technik) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
  - an einem oder mehreren Teil(en) des Skeletts und/oder
  - des Achsenskeletts

395 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 34600 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 02100 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34600 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 01600 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 34600 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben der Leistung nach der Nr. 02340 berechnungsfähig.*

## 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

### 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

#### 35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

*Obligater Leistungsinhalt*

- Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,
- Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,
- Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en),
- Dauer mindestens 15 Minuten

390 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35100 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.*

*Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 35100 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 35100.*

*Die Leistung nach der Nr. 35100 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 35110 bis 35113, 35120, 35200, 35201, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230 und 35231 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08521 und 34291 berechnungsfähig.*

#### 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,
- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en),
- Dauer mindestens 15 Minuten

390 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35110 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen außer der Leistung nach der Nr.*

3084 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Die Leistung nach der Nr. 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 35110 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 35110.

Die Leistung nach der Nr. 35110 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 35100, 35111 bis 35113, 35120, 35200, 35201, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230 und 35231 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 35110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08521 und 34291 berechnungsfähig.

35111 **Übende Verfahren** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Einzelbehandlung**

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Verfahren,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Als Einzelbehandlung

595 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 35111 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 35111 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Die Leistung nach der Nr. 35111 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 35100, 35110, 35112, 35113, 35120, 35200, 35201, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230 und 35231 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 35111 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.

35112 **Übende Verfahren** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Erwachsenen**

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Verfahren,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,

- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 50 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen,
- Mindestens 2 , höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

160 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35112 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35112 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 35112 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 35100, 35110, 35111, 35113, 35120, 35200, 35201, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230 und 35231 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35112 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35113 Übende Verfahren** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Übende Verfahren,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 30 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,
- Mindestens 2 , höchstens 6 Teilnehmer,

je Teilnehmer

225 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35113 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Erörterungsleistungen berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35113 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Übender Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 35113 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 35100, 35110 bis 35112, 35120, 35200, 35201, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230 und 35231 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35113 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35120 Hypnose**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose,

365 Punkte

- Verbale Intervention,
- Standardisierte Dokumentation

*Die Leistung nach der Nr. 35120 ist nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung Suggestiver Verfahren gemäß § 5 Abs. 7 bzw. § 6 Abs. 6 oder § 7 Abs. 5 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.*

*Die Leistung nach der Nr. 35120 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 35100, 35110 bis 35113, 35200, 35201, 35210 bis 35213, 35220 bis 35223, 35230 und 35231 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35120 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

## 35.2 Antragspflichtige Leistungen

### 35.2.1 Präambel

Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Leistungen, mit Ausnahme der Leistungen nach den Nrn. 35300 und 35301, können ausschließlich von Vertragsärzten, bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnet werden.

### 35.2.2 Bericht an den Gutachter

- 35200 **Bericht** an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht **zur Einleitung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Kurzzeittherapie**

685 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35200 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35201 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35200 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

- 35201 **Bericht** an den Gutachter oder Obergutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht **zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, als Langzeittherapie**

1370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35201 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35200 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35201 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 35.2.3 Diagnostische und therapeutische Leistungen

- 35210 **Biographische Anamnese**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Biographische Anamnese,

1260 Punkte

- Erhebung des psychodynamischen Status,
- Dauer mindestens 50 Minuten

*Die Leistung nach der Nr. 35210 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35210 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35211 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35210 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35211 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 35200 und 35201 für die vertiefte Exploration**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Differenzialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen nach der Nr. 35210 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

je Sitzung

460 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35211 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35211 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35210 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35211 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35212 Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 35210 für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde**

170 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35212 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35212 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 03350, 04351, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 22230, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35212 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35213 Probatorische Sitzung**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Probatorische Sitzung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen

Psychotherapie,

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer, höchstens fünfmal (bei analytischer Psychotherapie achtmal) im Krankheitsfall

1490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35213 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35213 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35210 bis 35212, 35220 bis 35223, 35230, 35231 und 35240 bis 35243 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35213 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35220 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Als Kurzzeittherapie,
- Als Einzelbehandlung,
- Höchstens 25 Sitzungen,
- Dauer mindestens 50 Minuten

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer

1490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35220 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35221 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Als Langzeittherapie,
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten

1490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35221 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35221 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35222 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Als Kurzzeittherapie,
- Als Gruppenbehandlung,
- Höchstens 25 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- Mindestens 6 , höchstens 9 Teilnehmer,

je Teilnehmer

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35222 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35222 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35223 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Als Langzeittherapie,
- Als Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- Mindestens 6, höchstens 9 Teilnehmer,

je Teilnehmer

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35223 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35223 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35230 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Analytische Psychotherapie,
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten

1490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35230 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

**35231 Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Analytische Psychotherapie,
- Als Gruppenbehandlung,

- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Höchstens 2 Sitzungen am Behandlungstag,
- Mindestens 6, höchstens 9 Teilnehmer,

je Teilnehmer

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35231 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35231 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 35240 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Als Kurzzeittherapie,
- Als Einzelbehandlung,
- Höchstens 25 Sitzungen,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer, höchstens zweimal am Behandlungstag

1490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35240 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35240 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 35241 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Als Langzeittherapie,
- Als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer, höchstens zweimal am Behandlungstag

1490 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35241 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35241 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.*

### 35242 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Als Kurzzeittherapie,
- Als Gruppenbehandlung,
- Höchstens 25 Sitzungen,
- Mindestens 2, höchstens 4 Teilnehmer,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

je Teilnehmer, höchstens viermal am Behandlungstag

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35242 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35242 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34291 und 35244 berechnungsfähig.*

**35243 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)***Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Als Langzeittherapie,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 2, höchstens 4 Teilnehmer,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

je Teilnehmer, höchstens viermal am Behandlungstag

740 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35243 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221, 22222 und 35213 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35243 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34291 und 35245 berechnungsfähig.*

**35244 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)***Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Als Kurzzeittherapie,
- Als Gruppenbehandlung,
- Höchstens 25 Sitzungen,
- Mindestens 5, höchstens 9 Teilnehmer,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

je Teilnehmer, höchstens viermal am Behandlungstag

370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35244 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221 und 22222 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35244 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34291 und 35242 berechnungsfähig.*

**35245 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Verhaltenstherapie,
- Als Langzeittherapie,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 5, höchstens 9 Teilnehmer,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

je Teilnehmer, höchstens viermal am Behandlungstag

370 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35245 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220, 21221, 22221 und 22222 berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35245 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 34291 und 35243 berechnungsfähig.*

### 35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 2500 Punkten berechnungsfähig.

#### 35300 Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anwendung standardisierter Testverfahren:
  - Fragebogentest und/oder
  - Orientierender Test,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

70 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35300 ist, mit Ausnahme von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie, nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35300 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.*

*Die Leistung nach der Nr. 35300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20371 und 34291 berechnungsfähig.*

#### 35301 Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anwendung psychometrischer Testverfahren:
  - Funktionstest und/oder
  - Entwicklungstest

und/oder

- Intelligenztest,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

70 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35301 ist, mit Ausnahme von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie, nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35301 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.*

*Die Leistung nach der Nr. 35301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20371 und 34291 berechnungsfähig.*

### **35302 Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Anwendung projektiver Verfahren,
- Auswertung eines Verfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

115 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 35302 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie für Vertragsärzte und -therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach der Nr. 35302 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.*

*Die Leistung nach der Nr. 35302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 20371 und 34291 berechnungsfähig.*

## VI Anhänge

### 1 Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen, sofern diese nicht als Leistungen in arztgruppenspezifischen Kapiteln ausgewiesen sind

Dokumentationen im Rahmen der berufsrechtlichen Verpflichtung

Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne Arzt-Patienten-Kontakt, ausgenommen Rezepte im Rahmen der Empfängnisregelung

Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne Arzt-Patienten-Kontakt

Schriftliche ärztliche Empfehlungen an den Patienten ohne Arzt-Patienten-Kontakt

Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels technischer Kommunikationseinrichtungen

Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes

Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, speziell für den betreffenden Patienten aufgestellte Beratungen

Symptombezogene klinische Untersuchungen

Beratung der Bezugsperson(en), sofern nicht gesondert ausgewiesen

Konsiliarische Erörterungen zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten über bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobene Befunde, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneimitteltherapie

Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen

Fremdanamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen

Erhebung des Ganzkörperstatus (nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich)

Erhebung eines Organstatus

Anorektale Untersuchung der Prostata, Prostatamassage, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Austastung des Anorektums

Einsatz von Messskalen, Messungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Klinisch neurologische Basisdiagnostik (nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich)

Orientierende psychopathologische Befunderhebung, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Vegetative Funktionsdiagnostik

Geruchs- und Geschmacksprüfung

Sensibilitätsprüfungen an den Zähnen

Hautfunktionsproben

Kampimetrie in Fern- und/oder Nahbereich

Diasklerale Durchleuchtung

Orientierende Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren

Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina

Kolposkopie

Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Untersuchung des Analkanals mit dem Spreizspekulum

Digitale Ausräumung des Mastdarms

Unblutige Erweiterung des Mastdarm-Schließmuskels

Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel

Definierte Kreislauffunktionsprüfungen

Ergometrische Funktionsprüfungen

Elektrokardiographische Untersuchungen mit weniger als zwölf Ableitungen

Vektorkardiographie

EKG-Monitoring

Pulsoxymetrische Untersuchungen

Oszillographische Untersuchungen

Rheographische Untersuchungen

Licht-Reflexions-Rheographische Untersuchungen

Transkutane Messung des Sauerstoffpartialdrucks

Pulsschreibung oder Druckmessung an den Digitalarterien mit und ohne Exposition

Orientierende Farbsinnprüfungen

Sonographische Untersuchungen der Nasennebenhöhlen mittels A-Verfahren

Verbände (Schnell- und Sprühverbände, Anlegen von Augenklappen, Anlegen von Ohrenklappen, Anlegen von Finger- oder Zehennagelspangen, Verbände mit Dreiecktüchern, zirkuläre Verbände, Verbände mit vorgefertigten Druckklebepflastern, Wundverbände, Druckverbände, entstauende Funktionsverbände, redressierende Verbände, Dachziegelverbände, Tape-Verbände, fixierende Verbände mit wiederverwendbaren Materialien, fixierende Verbände unter Verwendung erstarrender nicht weiterverwendbarer Materialien, Streckverbände, Quengelverbände, Fensterungen, Spaltungen, Schieneneinsetzungen, Anlegen von Gehbügeln oder Abrollsohlen bei Gipsverbänden, Abnahme von Gipsverbänden, Tamponaden jeglicher Art), sofern nicht gesondert ausgewiesen

Blutentnahme durch Venenpunktion

Aderlass

Punktion(en) zu therapeutischen Zwecken

Injektionen (intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival, intramuskulär, intravenös, intraartikulär, Einbringungen von Medikamenten in einen parenteralen Katheter)

Auffüllungen eines subkutanen Medikamentenreservoirs, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Einbringungen (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen

Spülungen jeglicher Art

Insufflationen

Einbringen, Wechsel oder Entfernen von Saugdrainagen

Absaugungen körpereigener Flüssigkeiten

Katheterisierung von Körperhöhlen, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Einlegung, Wechsel und Entfernung von Verweilkathetern, sofern nicht gesondert ausgewiesen

Einlegung, Wechseln und Entfernung von Verweilröhrchen

Dehnung der weiblichen Harnröhre

Prostatamassage

Gewinnung von Sekreten  
Unblutige Beseitigung einer Paraphimose  
Lösung einer Vorhautverklebung  
Elektrolytische oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren  
Entfernung von Ohrschmalzpfropfen  
Entfernung nichthaftender Fremdkörper  
Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern ohne Eröffnung von Haut oder Schleimhaut  
Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche  
Instrumentelle Entfernung von Kalkinfarkten aus der Bindehaut  
Instrumentelle Entfernung von Milien aus den Lidern  
Entfernung eingebrannter Fremdkörper aus der Hornhaut oder Bindehaut  
Ausfräsen eines Rostringes  
Chemische Ätzung der Hornhaut  
Abschabung der Hornhaut  
Kryotherapie oder Schleifen oder Fräsen von Haut oder Nägel  
Entfernung von vulgären Warzen, Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen oder von pendelnden Fibromen  
Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder von Präkanzerosen  
Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms  
Entfernung eines einwurzeligen Zahnes, einschl. Wundversorgung  
Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes, einschl. Wundversorgung  
Thermo- oder Kraxokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff an Vagina und/oder Vulva  
Eröffnung disseminierter Abszessbildungen der Haut  
Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen mit Thrombus-Expression  
Operative Entfernung von palmaren, plantaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen  
Entfernung von Polypen aus dem Gebärmutterhalskanal und/oder von der Portio  
Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum)  
Entfernung von festsitzenden Fremdkörpern aus der Nase  
Nasenmuschelkaustik  
Abtragung einer Nasenmuschel  
Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen je Nasenseite  
Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)  
Entfernung von Polypen aus dem Gehörgang  
Exzision eines kleinen Bezirks aus Haut, Schleimhaut oder einer kleinen intradermalen Geschwulst  
Entfernung sichtbarer Kirschnerdrühte ohne Eröffnung der Haut  
Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körperhöhle  
Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen  
Stillung von Blutungen  
Stillung von Nachblutungen  
Anlegen einer Blutleere oder Blutsperr  
Subkutane Infusionen

Infusionen in das Knochenmark mit einer Dauer von weniger als 20 Minuten  
Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)  
Medikamentöse Infiltrationsbehandlungen  
Oberflächenanästhesien  
Stichkanalanästhesien  
Infiltrationsanästhesien  
Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich  
Lokalanästhesien  
Leitungsanästhesien  
Applikationen von ätzenden oder abschwellenden Substanzen  
Trepanation eines Nagels  
Extraktion eines Nagels  
Zahnextraktion beim Kind  
Mobilisierende Behandlung mittels Weichteiltechniken  
Versorgung einer kleinen Wunde, einschl. Wundverschluss  
Erstversorgung einer großen Wunde  
Entfernung von Fäden oder Klammern aus einer kleinen Wunde  
Entfernung von Fäden oder Klammern aus einer großen Wunde  
Gezielte Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- und/oder Muskelfunktion  
Extensionsbehandlung  
Ansteigende Teil(Voll-)bäder  
Kältetherapie  
Spirometrie  
Untersuchung der oberen Trachea  
Standardisierte thermische Labyrinthprüfung  
Fortlaufende Tonometrie  
Elektrotonographie